



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2017 –

**« POLITIQUES D’EMPLOI DES PERSONNES EN SITUATION DE
HANDICAP ET POLITIQUES DE SANTE AU TRAVAIL DANS LE
SECTEUR SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL, QUELLES
ARTICULATIONS ? »**

– Groupe n° 14 –

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| – Sylviane BATAJON | – Murielle PLAZA |
| – Rémi CASALIS | – Vanessa RASTOUIL |
| – Carole GRIESMAYER | – Steven VANNIER |
| – Lucie HERVE | – Claire VINCENT |
| – Sébastien LOCATELLI | |

Animatrices

Madame Véronique DAUBAS-LETOURNEUX

Madame Emmanuelle FILLION

Sommaire

Introduction	1
1 Le secteur sanitaire et médico-social semble aujourd'hui éprouver de réelles difficultés à prévenir les ruptures dans le parcours professionnel des personnes en situation de handicap en raison de causes multifactorielles	5
1.1 Les réglementations en matière d'emploi et celles relatives à la santé au travail sont appliquées indépendamment les unes des autres.....	5
1.1.1 L'approche par les politiques de santé au travail.....	5
1.1.2 L'approche par les politiques d'emploi des personnes en situation de handicap	7
1.2 Les différents acteurs (professionnels en situation de handicap, médecine du travail, DRH, associations...) rencontrent des obstacles, chacun à leur niveau, qui peuvent nuire, amoindrir voire empêcher le processus d'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap	10
1.2.1 Le secteur sanitaire et médico-social : un secteur professionnel particulièrement exposé aux risques pour la santé au travail	10
1.2.2 La santé au travail et le handicap : pluralité d'acteurs et dispersion de l'action	12
2 Propositions : une coordination qui doit nécessairement progresser grâce à une vision stratégique en interne et tournée vers les ressources extérieures	15
2.1 Développer au sein des directions une véritable stratégie de coordination dans une démarche projet qui envisage le parcours professionnel de la personne en situation de handicap dans sa globalité	15
2.1.1 Mettre en place une stratégie affichée en faveur de l'intégration, du maintien et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap.....	15
2.1.2 Prévention et communication.....	16
2.1.3 Une mobilisation tout au long du parcours professionnel.....	18
2.2 L'épanouissement professionnel des personnes en situation de handicap : une politique d'intégration volontariste nécessaire à la cohésion de groupe et à l'épanouissement individuel	22
2.2.1 L'adaptation du poste de travail, un rôle essentiel du responsable de service	22
2.2.2 La cohésion du service, une communication interne nécessaire pour lutter contre les préjugés.....	24

2.3	La sécurisation du parcours de vie : la nécessité d'innover et de renforcer l'intersectorialité en s'inspirant de modèles de référence appliqués à l'étranger comme par exemple, le modèle de Sherbrooke	25
2.3.1	La France dispose de nombreux atouts pour transposer ce modèle	26
2.3.2	Mesurer les différents obstacles pour mieux transposer ce modèle afin de garantir une mise en œuvre réaliste et satisfaisante en France	28
	Conclusion	31
	Bibliographie	33
	Liste des annexes	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous souhaitons remercier dans un premier temps Mesdames DAUBAS-LETOURNEUX Véronique et FILLION Emmanuelle, pour leur disponibilité, leurs conseils et leur accompagnement durant ces 3 semaines. Elles nous ont permis d'accéder à une ressource documentaire riche ainsi qu'à un réseau de professionnels dotés d'une expertise autour de cette problématique.

Nous adressons également nos remerciements à toutes les personnes qui ont pris le temps de nous recevoir, afin de partager leurs pratiques et leurs expériences qui ont enrichi notre travail. Nos remerciements s'adressent particulièrement à Monsieur Patrick GRUAU, délégué du Défenseur des Droits du secteur de Toulon, pour avoir bien voulu parrainer ce travail, apportant ainsi son expertise sur un sujet actuel et sensible.

Nous tenons enfin à remercier l'EHESP pour l'organisation matérielle du MIP.

Liste des sigles utilisés

AGEFIPH : association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées

AMP : aide médico-psychologique

ANDASS : association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et métropoles

ANFH : association nationale de formation hospitalière

ARS : agence régionale de santé

AS : aide-soignant

ASHQ : agent des services hospitaliers qualifié

CASF : code de l'action sociale et des familles

CEE : communauté économique européenne

CH : centre hospitalier

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CHU : centre hospitalier universitaire

CIDPH : convention internationale de l'organisation des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées

CLACT : contrat local d'amélioration des conditions de travail

CME : commission médicale d'établissement

CNSA : caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CTE : comité technique d'établissement

COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

DARES : direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

DIRECCTE : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DRH : direction des ressources humaines

DUERP : document unique d'évaluation des risques professionnels

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FIPHFP : fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

GHT : groupement hospitalier de territoire

IHS : ingénieur spécialisé dans le domaine de l'hygiène et la sécurité

INSEE : institut national des études, de la statistique et des études économiques

IRPS : intervenant en prévention des risques professionnels

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MIRTMO : médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre

OETH : obligation d'emploi des travailleurs handicapés

OIT : organisation internationale du travail

OMS : organisation mondiale de la santé

PRITH : plan régional d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés

PRS : projet régional de santé

RH : ressources humaines

RQTH : reconnaissance en qualité de travailleur handicapé

SAMETH : service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

SI : système d'information

SST : service de santé au travail

TMS : trouble musculo-squelettique

Introduction

L'adoption de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées marque un tournant dans la conception du handicap en France. Le handicap n'est plus considéré sous le seul prisme des limitations fonctionnelles de l'individu et fait désormais référence au rapport entre l'individu et son environnement. En effet, selon l'article L 114 du code de l'action sociale et des familles (CASF), constitue un handicap « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Ce changement de paradigme n'est pas sans conséquence notamment dans la relation handicap/emploi puisqu'il conduit à prendre davantage en considération l'environnement professionnel des personnes en situation de handicap et à s'interroger sur les risques qui pèsent sur elles.

Le secteur sanitaire et médico-social est particulièrement concerné par les problématiques de santé au travail car les situations d'exposition aux risques professionnels sont nombreuses (risques chimiques et biologiques, contraintes physiques et organisationnelles, interaction des facteurs de risques). Les personnes en situation de handicap¹, qui travaillent dans ce domaine d'activité, peuvent être fragilisées si elles ne font pas l'objet d'une prise en charge adaptée à leur situation. En effet, l'absence d'adéquation des mesures prises pour prévenir ou réduire ces risques professionnels peut entraîner des ruptures aux différentes étapes de leur parcours professionnel. Malgré le développement de politiques visant à favoriser l'emploi des personnes handicapées et la mise en place d'un cadre législatif contraignant pour les employeurs privés et publics (lois du 10 juillet 1987² et du 11 février 2005), le parcours dans l'emploi des personnes en situation de handicap demeure aujourd'hui encore semé d'embûches. Les politiques de santé au travail développées notamment dans le Plan Santé Travail 2016-2020 visent à encourager le développement d'une culture de la prévention des risques dans le monde du travail, à identifier les risques prioritaires et promouvoir la qualité de vie au travail.

¹ La notion de handicap a été appréhendée dans ce rapport dans sa globalité, sans distinction de types de limitations fonctionnelles. La méthodologie est détaillée en Annexe 1.

² Loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

L'impact de ces politiques revêt une importance toute particulière s'agissant de l'emploi des personnes en situation de handicap.

La qualité de vie au travail des personnes en situation de handicap est en effet un enjeu en matière de santé mais également d'emploi. La faiblesse de la prise en compte de l'environnement professionnel et des problématiques de santé au travail des personnes en situation de handicap semble constituer une entrave sérieuse à la réussite de leur intégration et de leur maintien dans l'emploi. Face à cette situation, quel est aujourd'hui le ressenti des professionnels du secteur sanitaire et médico-social en situation de handicap et quelles sont leurs attentes ? Quelles sont les marges de manœuvre dont disposent réellement les acteurs de la santé au travail ? Quelle est la perception actuelle des employeurs des établissements sanitaires et médico-sociaux et quels leviers peuvent-ils mobiliser pour optimiser la gestion de leurs ressources humaines en situation de handicap au regard des problématiques de santé au travail ? Comment parvenir à anticiper et concilier parcours individuel de santé et évolution de carrière pour la personne en situation de handicap ?

Incontestablement, il existe aujourd'hui des marges de progression importantes dans l'articulation des politiques de santé au travail et des politiques d'emploi des personnes en situation de handicap dans le secteur sanitaire et médico-social en France. Toutefois, le développement de la coordination des acteurs, qui interviennent à chaque étape du parcours professionnel de la personne en situation de handicap (recrutement, maintien et retour dans l'emploi, sortie de l'emploi), constitue une condition préalable absolument nécessaire pour favoriser sa réussite.

En effet, en raison de causes multifactorielles, le secteur sanitaire et médico-social semble aujourd'hui éprouver de réelles difficultés à prévenir les ruptures dans le parcours professionnel des personnes en situation de handicap (I) :

- les réglementations en matière d'emploi et celles relatives à la santé au travail sont appliquées indépendamment les unes des autres (I.A) ;
- les différents acteurs (professionnels en situation de handicap, médecine du travail, DRH, associations...) rencontrent des obstacles, chacun à leur niveau, qui peuvent nuire, amoindrir voire empêcher le processus d'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap (I.B).

Ce constat impose de redéfinir le cadre de la coordination des différents acteurs dans une logique positive et inclusive et à formuler des préconisations opérationnelles (II) :

- développer au sein des directions une véritable stratégie de coordination dans une démarche projet qui envisage le parcours professionnel de la personne en situation de handicap dans sa globalité (II.A) ;
- impliquer les équipes de terrain dans une approche pluridisciplinaire et volontariste, synonyme de cohésion de groupe et d'épanouissement professionnel pour les personnes en situation de handicap (II.B) ;
- s'appuyer sur des expérimentations et des modèles de coordination qui ont permis d'obtenir des résultats probants (II.C).

1 Le secteur sanitaire et médico-social semble aujourd'hui éprouver de réelles difficultés à prévenir les ruptures dans le parcours professionnel des personnes en situation de handicap en raison de causes multifactorielles

1.1 Les réglementations en matière d'emploi et celles relatives à la santé au travail sont appliquées indépendamment les unes des autres

1.1.1 L'approche par les politiques de santé au travail

Si les lois du travail de la fin du XIX^{ème} et du début du XX^{ème} siècle³ se limitent à la réparation des dommages engendrés par les activités de production, la santé au travail est devenue au cours du XX^{ème} siècle une préoccupation majeure. Tout d'abord à un échelon international, au niveau de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'organisation internationale du travail (OIT) qui a multiplié les déclarations et les normes concernant les principes et droits fondamentaux au travail, notamment l'amélioration des conditions de travail et la lutte contre les discriminations en matière d'emploi.

Sous l'impulsion européenne, à travers la directive 89/391 CEE du 12 juin 1989, la médecine du travail a progressivement évolué vers la santé au travail, passant de la surveillance de la santé des travailleurs à une politique de prévention des risques professionnels⁴.

Cette évolution se traduit également dans de nombreux articles du code du travail où en 2002, le terme "santé" est remplacé par "santé physique et mentale". La médecine du travail doit désormais se préoccuper non seulement de l'intégrité physique des salariés, mais également de l'influence de leur travail sur leur état mental.

Par ailleurs, afin de permettre cette prise en charge globale de la santé, la médecine du travail devient en 2004⁵, un service de santé au travail (SST) pluridisciplinaire, composé d'un médecin coordonnateur, d'un ou plusieurs infirmier(s) de santé au travail, intervenant(s) en prévention des risques professionnels (IRPS), psychologue(s), ergonome(s) et d'un assistante médicale. La loi du 20 juillet 2011 vient renforcer ces

³ Loi du 9 avril 1898 relative aux accidents du travail, loi du 25 octobre 1919 relative aux maladies professionnelles.

⁴ Loi 91-1414 du 31 décembre 1991 portant transposition de la directive européenne 89/391 CEE du 12 juin 1989 relative à la santé au travail et à la sécurité du travail. Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.

⁵ Décret n° 2003-546 du 24 juin 2003, Décret n° 2003-958 du 3 octobre 2003, Décret n°2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail.

missions de prévention : priorité est donnée à la prévention primaire (suppression sinon réduction des risques) par rapport à la prévention secondaire (surveillance médicale).

Parallèlement, les obligations de l'employeur ont évolué. Le code du travail dans sa partie IV sur la santé et la sécurité au travail précise dans ses articles L 4121-1 et suivants les obligations juridiques de l'employeur en matière de santé au travail : *"l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation, la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes."* De plus, la jurisprudence⁶ a fait de la santé au travail une obligation de résultat à finalité préventive.

Ces préoccupations sont reprises dans le plan santé au travail 2016-2020 : ce dernier marque un infléchissement majeur en faveur d'une politique de prévention qui anticipe les risques professionnels et garantit la bonne santé des salariés plutôt que de s'en tenir à une vision exclusivement réparatrice. Il prend aussi pleinement en compte la qualité de vie au travail. Il prévoit ainsi d'agir en prévention primaire pour prévenir l'usure professionnelle et la pénibilité, face notamment aux troubles musculo-squelettiques, aujourd'hui premières causes de maladie professionnelle (plus de 87 % des maladies professionnelles reconnues⁷). Le plus en amont possible, cela passe par des actions en prévention sur les situations de travail présentant des facteurs d'usure professionnelle, en agissant tant sur les postes que sur l'organisation du travail pour réduire la sinistralité et les situations d'inaptitude physique et permettre ainsi un emploi plus durable.

Un autre enjeu est le maintien en emploi puisque 95 % des déclarations d'inaptitude physique se soldent aujourd'hui par un licenciement⁸. Cela pose la question de la coordination des acteurs qui allierait un accompagnement renforcé des salariés et la sécurisation des parcours professionnels.

Par ailleurs, les politiques d'emploi des personnes en situation de handicap se sont progressivement structurées, indépendamment de ces avancées en matière de santé au travail.

⁶ Dans ses arrêts du 28 février 2002, la Cour de cassation fait de la sécurité une obligation de résultat à la charge de l'employeur, dont le non-respect constitue une faute inexcusable. Depuis l'arrêt de la Cour de cassation du 31 octobre 2002, il n'est plus nécessaire que la faute de l'employeur ait été déterminante pour être qualifiée de faute inexcusable, sa faute ou sa négligence suffit.

⁷ Plan santé travail 2016-2020

⁸ Ibid.

1.1.2 L'approche par les politiques d'emploi des personnes en situation de handicap

Si les premières politiques en faveur des accidentés du travail⁹ et des invalides de guerre s'appuyaient sur le principe de réparation, lié à la dette de la nation à leur égard, le progressif développement de la réadaptation (appareillage, rééducation fonctionnelle, etc.), au cours du XX^{ème} siècle, marque la fin de l'exonération de travail de ces personnes. Il s'agit alors de faire revenir au travail tous ceux qui le peuvent et donner un revenu de subsistance à ceux qui ne pourront plus travailler¹⁰.

Une politique catégorielle du handicap englobante et intégrative se concrétise avec les lois de 1975¹¹. La logique d'assistance laisse ainsi place à une logique d'intégration sociale et professionnelle, en favorisant l'accès des personnes handicapées à l'emploi en milieu ordinaire ou dans le cadre de structures spécifiques (emploi adapté ou protégé)¹².

La loi du 10 juillet 1987¹³ met en place l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) pour toutes les entreprises de plus de 20 salariés (quota de 6%), publiques et privées. Cependant, en cas de non-respect, seules les entreprises privées sont assujetties à une "contribution volontaire" auprès de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH), créée par cette même loi. Il faudra attendre la création par la loi du 11 février 2005¹⁴, du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), pour que la contribution financière s'applique au secteur public. Ces fonds financent en retour la formation et l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap.

Avec l'introduction de la notion d'aménagement raisonnable au début des années 2000, s'affirme le droit à la non-discrimination d'emploi des personnes en situation de handicap dans les politiques européennes et françaises : il s'agit de les intégrer en milieu ordinaire de travail dans un projet inclusif¹⁵. Le droit européen à travers la directive européenne 2000/78/CE portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail instaure l'obligation pour l'employeur de prévoir des aménagements raisonnables : " *afin de garantir le respect de principe de l'égalité de*

⁹ Op. cit., p.5

¹⁰ Cependant, les invalides civils ne bénéficient pas de ce champ d'intervention car les circonstances de survenues de leur infirmité n'impliquent pas la responsabilité sociale.

¹¹ Loi du 30 juin 1975 dite d'orientation en faveur des personnes handicapées.

¹² Il s'agit d'un tournant conceptuel. En effet, le champ du handicap recouvre désormais toutes les populations souffrant de limitations fonctionnelles, quelles que soient leur origine et cause. Egalement un tournant politique puisque le handicap ouvre des droits sociaux spécifiques, sous certaines conditions, à tous ceux qui en sont victimes (notamment l'allocation pour adultes handicapés).

¹³ Op. cit., p.1

¹⁴ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

¹⁵ D THIVET et E. FILLION Cahiers de la fonction publique, "la lutte contre les discriminations ", à paraître

traitement à l'égard des personnes handicapées, des aménagements raisonnables sont prévus. Cela signifie que l'employeur prend des mesures appropriées, en fonction des besoins dans une situation concrète pour permettre à une personne handicapée d'accéder à un emploi, à l'exercer ou d'y progresser, ou pour qu'une formation lui soit dispensée, sauf si ces mesures imposent à l'employeur une charge disproportionnée "¹⁶.

Cependant, la définition très ouverte des aménagements raisonnables ou mesures appropriées induit une interprétation large et des modalités variées de leur mise en œuvre. De plus, l'obligation est limitée aux personnes en situation de handicap et au champ de l'emploi.

L'aménagement raisonnable est également affirmé dans la Convention internationale de l'Organisation des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) ratifiée par la France. Ce traité stipule que refuser un aménagement équivaut à une discrimination.

Cette directive européenne est transposée dans le droit français à travers la loi du 11 février 2005, sous la notion de "mesures appropriées." L'article L 214-4-1-1 du code du travail reprend les mêmes principes, ainsi que la loi 83-634 du 13 juillet 1983, modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires : *"les employeurs prennent en fonction des besoins dans une situation concrète, les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs, d'accéder à un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer et d'y progresser, ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée, sous réserve que les charges consécutives à la mise en œuvre de ces mesures ne soient pas disproportionnées, notamment compte tenu des aides qui peuvent compenser en tout ou partie les dépenses supportées à ce titre par l'employeur"*¹⁷.

Cette nouvelle loi traduit un nouveau paradigme, comme le montre la définition du handicap, introduite dans l'article L114 du CASF. Elle prévoit une mise en accessibilité de toute la société, une lutte contre les discriminations et une affirmation des droits à la vie en milieu ordinaire, tant à l'école, au logement, au travail, etc. La démarche n'est plus destinée à une population cible, reconnue administrativement comme personne handicapée, mais s'inscrit dans un processus inclusif global.

En outre, la loi du 11 février 2005 crée la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)¹⁸ chargée notamment d'évaluer l'employabilité des personnes en situation de handicap, afin de mieux les orienter, une fois leur projet professionnel établi.

¹⁶ Art 5 de la directive européenne 2000/78/CE du 27 novembre 2000.

¹⁷ Article 6 sexies de la loi 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires.

¹⁸ En remplacement de la COTOREP créée par la loi d'orientation n°75-534 du 30 juin 1975.

Une commission est chargée d'évaluer le dossier et de délivrer la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH). Toutefois, la MDPH voit son action contrainte par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, signé avec la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA), le conseil départemental et l'État. De plus, depuis 2009, le préfet de région met en œuvre un plan régional d'insertion professionnel des travailleurs handicapés (PRITH) décliné au niveau local par la MDPH.

Au regard de cette analyse du cadre juridique, ces politiques semblent segmentées et s'appliquer indépendamment les unes des autres, au détriment d'une approche par parcours professionnel. Ainsi, malgré un droit complexe et protecteur, les personnes handicapées demeurent deux fois plus exposées au chômage : en 2013, le taux de chômage des personnes avec reconnaissance administrative de handicap est de 18% contre 10% de l'ensemble de la population active (INSEE). L'obligation d'aménagement raisonnable n'est donc pas parvenue à produire l'égalité attendue tout au long de la vie professionnelle. Aucune décision n'a été rendue par les juridictions françaises se prévalant de ces dispositions, malgré l'existence d'une jurisprudence européenne.

L'approche catégorielle, médicale, administrative et individuelle par les restrictions et l'inaptitude des personnes en situation de handicap, continue à prévaloir sur une approche en termes de droits des individus, d'égalité face à l'emploi. Parmi les réclamations faites au Défenseur des droits, le handicap (21%) et l'état de santé (12,8%) sont les premiers motifs de discrimination. En outre, la discrimination à l'emploi au motif du handicap représente 37% des recours dont 4,20% concerne l'accès à l'emploi public¹⁹.

Les réclamations adressées au Défenseur des droits montrent donc que le handicap et l'état de santé demeurent des priorités, traduisant un manque d'articulation entre les politiques de santé au travail et celles de l'emploi des personnes en situation de handicap.

¹⁹ Op. cit., p 9

1.2 Les différents acteurs (professionnels en situation de handicap, médecine du travail, DRH, associations...) rencontrent des obstacles, chacun à leur niveau, qui peuvent nuire, amoindrir voire empêcher le processus d'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap

1.2.1 Le secteur sanitaire et médico-social : un secteur professionnel particulièrement exposé aux risques pour la santé au travail

Des risques professionnels élevés pour les agents les moins qualifiés

Le secteur sanitaire et médico-social est particulièrement concerné par les pathologies liées au travail car ce secteur connaît des conditions de travail difficiles conduisant à une proportion importante de personnes en situation de handicap (qu'ils soient handicaps "de situation"²⁰ ou reconnus).

L'enquête CFDT de 2011 relative au quotidien des agents médico-sociaux et sanitaires montrent que les professionnels interrogés ressentent une forte dégradation de leurs conditions de travail. Pour 71% d'entre eux, cela a des impacts sur leur santé, se traduisant pour 41% par des douleurs musculaires et pour 20% par des troubles du sommeil. Les métiers les plus exposés sont les agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ), aides-soignants (AS) et aides médico-psychologique (AMP). Ces personnes sont doublement sanctionnées : elles sont non seulement les plus exposées aux risques professionnels mais en qualité d'agent de catégorie C, elles sont d'autant plus impactées par une perte de rémunération en cas d'absence prolongée au travail. Les services les plus concernés par les effets du travail sur la santé sont la gériatrie (ou EHPAD), les soins de suite de rééducation, la médecine et la chirurgie. Les agents identifient le stress, la charge physique et psychologique comme éléments impactant fortement leurs conditions de travail. Ils dénoncent une organisation du travail incohérente avec les besoins des services et des personnels. L'ensemble du personnel, quel que soit le métier et le secteur, ne se sent pas reconnu. En effet, 55% considèrent que la reconnaissance au travail s'est dégradée au cours de ces cinq dernières années. Par ailleurs, l'absence de politique efficace d'adaptation de postes ou de reclassement conduit à une véritable souffrance au travail des personnes en situation de handicap²¹.

²⁰ DESSORS D., SCHRAM J., VOLKOFF S., 1991, " Du handicap de situation à la sélection-exclusion : une étude des conditions de travail antérieures aux licenciements ". Travail et Emploi, n°48, pp.31-47.

²¹ Enquête CFDT de 2011, le quotidien des agents médico-sociaux et sanitaires, selon 38 455 réponses de 492 établissements publics, 90% des répondant sont des femmes, âgées pour 46% de 26 à 45 ans et 42% de 41 à 55 ans .

Ce constat réalisé auprès des soignants est à mettre en relation avec les indicateurs du rapport annuel sur l'état de la fonction publique²², qui montre que la fonction publique hospitalière est la plus exposée en termes d'accidents de travail. En effet, en 2012, 12,9% des agents ont eu un accident du travail dans l'année, contre 6,6% dans la fonction publique d'état et 8,5% dans la fonction publique territoriale. Ces professionnels de la fonction publique hospitalière souffrent majoritairement de troubles musculo-squelettiques (au niveau du dos et des épaules notamment) qui surviennent au cours de leur exercice professionnel. Les métiers les plus touchés par les accidents de travail sont les aides-soignantes, les infirmières en soins généraux et agents de bio-nettoyage. Les causes d'accident de travail les plus fréquentes sont les chutes de plain-pied, les efforts liés à la manutention des malades, ainsi que le contact avec du sang, de l'urine, un produit biologique etc...

Outre la charge physique de certains métiers hospitaliers, le travail de nuit ou en horaires décalés, ainsi que l'épuisement émotionnel sont des facteurs de forte pénibilité, laquelle se traduit par un absentéisme important du personnel²³.

Conformément aux résultats de l'enquête SUMER de 2010, la fonction publique hospitalière apparaît comme un secteur particulièrement à risque du fait du manque de reconnaissance, de contraintes d'organisation du travail (rythme, intensité, manque de moyens), des contraintes physiques et émotionnelles intenses (contact avec le public qui peut se révéler agressif) et d'exigences de normes qualité²⁴.

Caractéristiques de ces professionnels en situation de handicap

Les travailleurs handicapés en emploi dans la fonction publique hospitalière apparaissent plus âgés²⁵, moins qualifiés et plus souvent à temps partiel : ces données corroborent les résultats des enquêtes quantitatives de Chabanon (2016) sur les travailleurs handicapés en général et Valdes (2016) sur les travailleurs handicapés dans la fonction publique. Le travailleur handicapé type en EHPAD ou à l'hôpital est un agent de service hospitalier ou un aide soignant, avec des limitations acquises au cours de son activité professionnelle, des restrictions déclarées par le médecin du travail qui s'accumulent jusqu'à une déclaration d'inaptitude ; cette personne est peu qualifiée et assez âgée pour

²² Rapport annuel sur l'état de la fonction publique-édition 2016: 597

²³ Op. cit., p 8

²⁴ DARES 2016 organisation du travail et risques psychosociaux

²⁵ Ce qui peut corroborer le fait que les limitations s'acquièrent majoritairement au cours de la vie professionnelle et notamment du fait de la vie professionnelle.

que le reclassement soit complexe, mais trop éloignée de la retraite pour que l'invalidité s'impose comme solution satisfaisante²⁶.

Des quotas qui s'améliorent mais des difficultés qui persistent

Dans ce contexte, l'analyse des données du rapport du Défenseur des droits²⁷ révèle une progression du quota d'emploi de travailleurs handicapés en France, dans le secteur privé comme public. Fin 2015, l'emploi des agents handicapés se porte à 5,17% dans la fonction publique, dont 4,18% dans la fonction publique d'Etat, 5,41% dans la fonction publique hospitalière et 6,22% dans la fonction publique territoriale²⁸.

Toutefois, les personnes en situation de handicap dans le secteur de la santé sont encore nombreuses à se sentir stigmatisées et de ce fait renoncent bien souvent à déclarer leur incapacité à leur employeur, obérant ainsi la possibilité d'obtenir la RQTH. Les établissements sanitaires et médico-sociaux se limitent en effet, très souvent à interpréter la situation de handicap par l'obligation de reclassement des agents. La politique des établissements se résume ainsi généralement au maintien dans l'emploi des travailleurs concernés, au détriment d'un véritable processus de recrutement de travailleurs handicapés²⁹. De plus, des contraintes supplémentaires pèsent sur les établissements de petite taille, et par conséquent la plupart des établissements médico-sociaux, qui sont limités dans les propositions de reclassement.

1.2.2 La santé au travail et le handicap : pluralité d'acteurs et dispersion de l'action

Deux catégories sont ici observées : les acteurs internes aux structures sanitaires et médico-sociales et les ressources externes.

Tout d'abord en interne, les établissements sont ancrés dans une histoire particulière qui leur confère un rôle social. Ils ont pour obligation légale d'accueillir une proportion de travailleurs en situation de handicap mais aussi de prévenir les risques professionnels et ainsi maintenir la santé de leurs agents. Au sein des établissements, la réussite de l'intégration de travailleurs handicapés repose sur une politique et une stratégie clairement identifiée. Ceux-ci disposent d'une possibilité de conventionner avec le FIPHFP. Cette contractualisation est indépendante de la capacité à respecter le taux légal d'effectif

²⁶ Op. Cit., p 7

²⁷ Rapport Défenseur des Droits 2016.

²⁸ Rapport annuel FIPHFP 2015. Ce qui nous amène à nous interroger sur la pérennité du financement des aménagements en faveur des travailleurs handicapés par le FIPHFP dans un contexte de fonte des recettes, du fait de l'atteinte des quotas.

²⁹ Op. Cit., p 8

d'agents en situation de handicap. La nomination d'un référent handicap permet aux agents d'avoir un interlocuteur privilégié clairement identifié. Cette personne peut mobiliser le FIPHFP afin d'obtenir le financement des équipements et du matériel utiles. Les études de besoins sont réalisées par le service de santé au travail afin de permettre la mise en place des aménagements raisonnables sur le poste de l'agent ou dans le cadre d'une reconversion. Selon les structures, il dispose de moyens matériels et humains très différents.

Le médecin du travail apparaît comme un pilier. En effet, la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels³⁰ a modifié les procédures d'inaptitude et de reclassement. Elle réforme également le suivi médical des travailleurs avec un dispositif particulier pour les travailleurs handicapés. Au moment du recrutement, est prévue une visite d'information et de prévention. Le travailleur handicapé sera orienté « *sans délai* » vers le médecin du travail. Ce dernier pourra "*préconiser des adaptations de son poste de travail*" et "*déterminer la périodicité et les modalités du suivi de son état de santé*". Le médecin du travail s'appuie sur le service de santé au travail pouvant être composé d'infirmière(s), de psychologue(s), d'ergonome(s), etc. Le médecin du travail participe au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) qui a vu son rôle renforcé par cette même loi concernant l'aménagement des postes de travailleur handicapé. Cependant, cette nouvelle disposition n'est pas assortie d'un droit d'alerte en la matière, ce qui limite son action.

Les organisations syndicales sont des interlocuteurs privilégiés des agents et font partie au CHSCT. Une aide-soignante interviewée témoigne du fait qu'elle a pu obtenir un poste aménagé suite à une rencontre entre les représentants du personnel et le directeur de son établissement. Il est important que les organisations syndicales orientent les agents auprès du référent handicap car "*leur bonne relation avec la DRH contribue à la réussite de la politique handicap*".³¹

La direction des ressources humaines de l'établissement agit selon deux axes. Tout d'abord la prévention des risques professionnels. Par exemple certains établissements ont mis en place des formations relatives aux « gestes et postures » afin de limiter les troubles musculo squelettiques. D'autre part, il s'agit d'accompagner les personnes en situation de handicap dans leur parcours professionnel. Dans certaines situations, le service formation

³⁰ Déclinée dans le décret du 26 décembre 2016.

³¹ Propos recueilli le 12/05/2017 auprès de Madame H, référent handicap mutualisé Rhône Alpes.

solicite l'association nationale de la formation hospitalière (ANFH) afin d'obtenir le financement de bilan de compétences et/ou d'actions de formation en vue d'une reconversion professionnelle. L'ANFH peut également dispenser des actions de formations en faveur de la prévention des risques professionnels.

Parfois, les DRH disposent d'assistantes sociales du travail, qui peuvent être un véritable levier dans l'accompagnement dans le cadre de la RQTH : *"je pose une restriction, envoie l'agent chez l'assistante sociale qui entreprend les démarches auprès de la MDPH sinon c'est trop compliqué pour les agents. En l'absence de d'assistante sociale, ces démarches ne seraient jamais entreprises car d'une part c'est compliqué de joindre la MDPH et d'autre part, les agents se sentent trop stigmatisés en demandant eux-mêmes une RQTH."*³². L'ingénieur hygiène et sécurité (IHS) qui est *"en charge non seulement de la sécurité des conditions de travail sur le site, mais également des problèmes de santé au travail"* est mentionné comme un acteur prépondérant³³.

Les ressources externes mobilisables sont variables qu'il s'agisse du secteur public ou privé. De plus, le FIPHFP et l'AGEFIPH financent les adaptations des postes, des actions de formation en vue des reconversions professionnelles, ainsi que les études ergonomiques des postes réalisées par le service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH).³⁴

Chaque région dispose d'Handi-Pacte, qui est un outil d'animation et de développement de partenariats permettant de mobiliser les ressources disponibles des employeurs publics, en vue d'améliorer la coopération et la coordination en matière d'insertion professionnelle.

Si les pouvoirs publics ont mis l'accent sur la volonté d'intégrer les personnes en situation de handicap, il existe un décalage entre le droit prescrit et les droits effectifs. En effet, l'application de la loi passe par la convergence entre les intérêts des salariés ou fonctionnaires et ceux de leurs employeurs. Inclure les maillons les plus fragiles renforce une chaîne dès lors qu'ils trouvent leur juste place et contribuent positivement à l'action collective tout en consolidant leur parcours individuel. Toutefois, cela demande de repenser les organisations sur le mode collectif, raison pour laquelle les dirigeants des structures sanitaires et médico-sociales doivent disposer de leviers efficaces.

³² Propos recueilli auprès d'un médecin du travail qui a souhaité garder l'anonymat. Entretiens retranscrits en Annexe 6.

³³ Entretien auprès de Monsieur GRUAU, défenseur des droits de Toulon, le 11 mai 2017. Toutefois, cet acteur n'a pas été mentionné par les professionnels interrogés.

³⁴ La SAMETH met également en place des actions de sensibilisation au handicap auprès des équipes.

2 Propositions : une coordination qui doit nécessairement progresser grâce à une vision stratégique en interne et tournée vers les ressources extérieures

2.1 Développer au sein des directions une véritable stratégie de coordination dans une démarche projet qui envisage le parcours professionnel de la personne en situation de handicap dans sa globalité

2.1.1 Mettre en place une stratégie affichée en faveur de l'intégration, du maintien et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap

Une stratégie impulsée par le directeur

Les directions se trouvent confrontées à la nécessité de faire mieux à moyens quasi constants, dans le contexte actuel de rigueur budgétaire. L'implication du chef d'établissement permet l'incarnation de la politique générale d'intégration. Cette politique concerne la structure en interne mais aussi celle tournée vers l'extérieur. Il doit être lui-même convaincu du bien-fondé de cette politique afin que ses collaborateurs la portent à leur tour. Cela nécessite une implication de toutes les directions, en transversalité, des RH, finances, des travaux, du système d'information (SI) et de la logistique.

Des outils qui traduisent cette stratégie

La problématique de la santé au travail articulée avec la politique d'emploi des personnes en situation de handicap peut être inscrite dans le projet social de l'établissement qui incarne les valeurs et les engagements affichés de la structure. Le projet social mobilise l'ensemble des acteurs de l'établissement sous l'impulsion du directeur qui définit la stratégie globale. Il permet d'inclure les objectifs de l'établissement en matière de politique sociale notamment en matière de formation, d'amélioration des conditions de travail, de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ainsi que la valorisation des acquis professionnels³⁵. Le projet social constitue un des volets du projet d'établissement. Afin d'évaluer dans le temps sa réalisation, il peut être traduit en fiches opérationnelles.

Le contrat pluriannuel de gestion et de moyens (CPOM) apparaît comme un levier d'action³⁶. En effet, il formalise les engagements entre les établissements sanitaires ou médico-sociaux et leur tutelle. Inscire les objectifs en matière de santé au travail et

³⁵ Article L 6143-2-1 du code de la santé publique.

³⁶ Entretien avec M. M sous-directeur en charge du médico-social « personnes âgées – personnes handicapées » ARS le 16 mai 2017.

d'emploi des personnes en situation de handicap dans le CPOM de manière systématique permet d'impliquer davantage les établissements dans une stratégie régionale commune. Néanmoins, il semble que le volet maintien dans l'emploi en milieu ordinaire et la santé au travail soit peu développé dans les projets régionaux de santé (PRS). Il conviendrait de le faire figurer en priorité afin de susciter une mobilisation marquée des acteurs.

Développer une approche territoriale

Dans une vision territoriale, le groupement hospitalier de territoire (GHT) permet d'envisager une approche mutualisée de l'emploi des personnes en situation de handicap en lien avec la santé au travail. Toutefois la distance géographique et la multiplicité des entités juridiques des établissements constituant le GHT peuvent constituer un frein, comme en attestent certaines expériences menées dans le secteur privé non lucratif³⁷.

Le GHT apparaît comme un levier dans la politique d'emploi et de maintien des travailleurs en situation de handicap. En effet, certaines fonctions ou compétences, médecin du travail, ergonomiste ou psychologue du travail, peuvent être mis à disposition entre établissements. Sur ces fonctions bien spécifiques, chaque établissement a souvent besoin d'une quotité de temps de travail n'excédant pas quelques demi-journées et se trouve donc dans l'impossibilité, par manque d'attractivité, de recruter ces profils. En mutualisant leurs besoins, il devient plus facile de recruter un temps plein pour l'ensemble des parties, et ce, à coût raisonnable.

Les GHT peuvent aussi être un lieu d'échange de bonnes pratiques sur le domaine du handicap ou des risques professionnels. La mutualisation et une coordination efficace de ces forces et expériences sont de véritables atouts dans l'amélioration des conditions de travail.

2.1.2 Prévention et communication

Renouer avec la confiance par la communication

Afficher, communiquer : la stratégie repose sur l'idée que chaque contribution est nécessaire donc que chaque agent est unique tout en étant inclus dans un groupe. L'image du handicap doit être valorisée et recentrée sur le champ des compétences. Un directeur qui affiche une volonté d'intégration au travail de tous est un leader positif. Les supports de communications sont multiples : intranet, affichages, interview sur le sujet, séminaires,

³⁷ Entretien avec Madame L, DRH clinique privée, réalisé le 10 mai 2017. Expérience limitée d'un réseau regroupant une dizaine d'établissements.

rencontres formalisées etc. Il est possible de créer une base documentaire sur l'intranet de l'établissement permettant l'accès à l'ensemble des informations relatives à la problématique handicap/emploi/santé au travail. Le DUERP doit être également consultable sur cette base de données. Il est possible d'organiser des réunions d'informations à l'attention des personnes en situation de handicap pour communiquer sur les droits. Des expériences de ce type ont été utilisées comme des leviers : *" j'ai eu l'idée de faire venir un ventriloque pour animer la réunion et placer les agents dans une ambiance agréable [...] certains agents ont pu s'exprimer sur ces sujets sans craintes. "*³⁸

L'image du handicap doit véhiculer le concept de complémentarité dans les compétences, privilégier la plus-value d'ensemble à construire et éviter celui de protection que ne demandent pas tous les travailleurs en situation de handicap. Il s'agit ici de promouvoir l'égalité des situations de travail. L'idée d'associer à ce volet communication des actions de formation intégrées au plan de formation de l'établissement permettrait le développement d'une culture dans ce domaine à partager entre tous. C'est une volonté affichée de la direction qui doit transparaître dans ce projet, en y associant l'ensemble des acteurs : DH/DRH, cadres de santé, médecin du travail, personnes en situation de handicap, les associations qui les représentent et les représentants des usagers.

Une politique préventive à affirmer

Sur le plan de la prévention, le directeur voit sa responsabilité impliquée en matière de politique de gestion des risques. Comment prévenir ces situations ? En menant une politique de prévention active en complément de la politique de gestion des risques.

Le directeur doit pouvoir s'appuyer sur le service de santé au travail qui doit être valorisé dans ce rôle de prévention. La pénurie de médecins du travail³⁹ doit être repensée dans le contexte des GHT. Enfin, l'association d'un assistant du service social, d'un ergonome, d'un psychologue et du médecin traitant à ce projet est le gage de réussite du projet. L'idéal serait qu'un ingénieur spécialisé dans le domaine de l'hygiène et la sécurité (IHS) puisse intervenir, mais c'est une compétence rare dont ne disposent pas bon nombre de structures⁴⁰. Le soutien du directeur doit être réel et conséquent, car il faut intégrer le coût qu'engage le recrutement de ces professionnels si l'établissement ne dispose pas de ces ressources.

³⁸ Entretien avec Madame B, consultante handicap et emploi, réalisé le 11 mai 2017.

³⁹ Rapport IGAS n°2013-127 R "Articulations entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardio-vasculaires " avril 2014

⁴⁰ L'IHS est très rarement mentionné dans les entretiens réalisés .

Par ailleurs, le DUERP permet de rassembler l'ensemble des acteurs (direction, CHSCT, médecine du travail, cadre et professionnel de terrain), de mener conjointement une réflexion, de suivi d'indicateurs comme le nombre d'accidents de travail, de déclaration de maladies professionnelles et la mise en place d'actions correctives.

Le contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT) constitue un levier important pour contribuer à la promotion de la santé et de la sécurité au travail. Il est élaboré en groupe de travail mobilisant les représentants du CHSCT, les membres du service de santé au travail et les professionnels. Il joue un rôle moteur dans l'accompagnement des établissements dans une culture de prévention. Ces projets sont financés par le fonds d'intervention régional (FIR)⁴¹. Dans certains établissements, ce fonds a permis l'acquisition de lève malade, verticalisateur.

L'établissement doit développer la prévention à chaque niveau notamment lors du recrutement et de l'accueil du nouvel arrivant : *" faire passer que le handicap pourrait arriver à tout un chacun. Cela permet de mieux accepter le handicap chez l'autre, en se disant que l'autre, ça pourrait être moi. "*⁴².

L'exemple vient aussi de la fonction publique territoriale qui se mobilise tout au long du parcours professionnel de l'agent⁴³.

2.1.3 Une mobilisation tout au long du parcours professionnel

Une cellule pluridisciplinaire handicap/emploi/santé au travail au sein de l'établissement, un véritable pilier dans ce parcours

Afin d'accompagner efficacement le processus de reclassement et de retour vers l'emploi, la création d'une cellule interne à l'établissement permet de faciliter la coordination des différents acteurs de la santé au travail. Composée d'un référent handicap (le plus souvent, un responsable administratif de la DRH), du médecin du travail, d'un assistant de service social, d'un psychologue, et de tout professionnel de terrain concerné par la politique de santé de l'établissement, elle dispose en outre de missions relatives à l'assistance juridique et à la prévention des risques professionnels.

En associant les compétences plurielles des professionnels en charge d'assurer la politique de santé au travail, cette cellule assure une expertise pluridisciplinaire, au service du personnel de l'établissement. La réussite d'une telle initiative reposant notamment sur

⁴¹ Circulaire n°SG/2016/165 du 23 mai 2016 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR en 2016

⁴² Entretien M. Y, directeur hospitalier chargé de mission GRH d'un CHU, le 11 mai 2017.

⁴³ Entretien auprès du service d'accompagnement personnalisé le 12 mai 2017. Modèle développé Annexe 7. Service également décrit dans "Un service à l'écoute des professionnels"(2014), Travail Social Actualité n°49

l'investissement des acteurs et leur capacité à travailler en commun, il paraît pertinent de proposer, en amont de sa création, une formation dédiée assurant que les missions, objectifs et procédure soient assimilés par chacun.

Afin de pouvoir financer ses actions et les équipements nécessaires à l'aménagement des postes de travail, la cellule handicap/emploi/santé au travail va exploiter les possibilités de financement FIPHFP. Certains établissements parviennent également à octroyer à ce type de cellule des budgets spécifiques destinés à couvrir les besoins (hors financement FIPHFP ou en attente du remboursement FIPHFP) et à permettre une intervention rapide sur les situations de travail : *"En matière de maintien en emploi, je dispose d'un budget de 10 000 euros chaque année qui m'est alloué par la direction des services économiques et qui me permet d'acheter du matériel de compensation du handicap. Cette année nous allons acheter une petite voiture électrique pour un agent qui a des difficultés pour se déplacer, ce sont près de 5 000 euros qui seront consacrés à cet achat".*⁴⁴ Toutefois, afin de respecter les obligations relatives à la passation des marchés publics, les commandes réalisées doivent être anticipées au maximum et être établies en relation avec les services économiques de l'établissement.

La cellule handicap/emploi/santé au travail peut développer des initiatives en matière de recrutement qui permettent d'atteindre l'objectif des 6% tout favorisant l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap. Le recours aux apprentis dans les établissements sanitaires et médico-sociaux s'inscrit dans cette démarche et les initiatives locales menées attestent de son efficacité : *"J'ai organisé un partenariat avec un CFA dans le secteur de l'entretien et de la propreté qui avait des jeunes en situation de handicap et on a commencé à travailler ensemble [...] la première année d'apprentissage ne compte pas dans les 6% mais la deuxième année compte et en plus le FIPHFP finance cet emploi [...] ce dispositif permet de former la personne aux techniques employées dans l'établissement, de la former à la culture de l'établissement et donc par voie de conséquence de fidéliser du personnel [...] des financements sont également octroyés à l'établissement si le contrat d'apprentissage aboutit à un contrat de travail [...] ce dispositif peut concerner les emplois dans la propreté mais également la logistique, l'entretien des espaces verts, la restauration, le secrétariat..."*⁴⁵.

⁴⁴ Entretien réalisé le 12 mai 2017 avec Madame J, ergonomie, cellule soutien et maintien dans l'emploi, CHU.

⁴⁵ Entretien réalisé le 11 mai 2017 avec Madame LB, consultante Handicap et emploi.

Lever les freins au recensement des travailleurs handicapés

Une représentation négative du handicap peut conduire les agents à ne pas le signaler, ce qui pénalise d'une part l'établissement (et son objectif des 6%), et d'autre part l'agent lui-même, puisqu'il va perdre le bénéfice d'éventuels aménagements. Il paraît donc essentiel de procéder au recensement le plus juste des professionnels concernés, qui ne peut être acté que sur la base du volontariat : en effet, aucune disposition légale n'impose à un agent de déclarer son handicap auprès de son employeur. Il conviendra donc de lever les craintes qui peuvent freiner les personnes concernées. Ainsi, l'établissement peut mettre en œuvre une stratégie de communication centrée sur les avantages auxquels peuvent prétendre les professionnels (adaptation du poste, aides du FIPHFP, reclassement facilité par une connaissance le plus en amont possible de la situation...), lors d'entretiens individualisés, d'instances, ou de publications dans le journal interne de la structure.

Un accompagnement des personnes identifiées en situation de restriction à consolider

Le faible niveau de qualification des personnels les plus soumis aux risques professionnels ne leur permet pas toujours de disposer des compétences nécessaires à l'exercice de nouvelles fonctions. L'acquisition de savoirs et savoirs-faire, inhérente à une reconversion professionnelle, nécessitera une réelle implication de l'agent, porteur de son propre projet professionnel : la DRH ne devra donc pas se substituer à ses orientations et ses affinités, mais l'accompagner dans ses choix et l'encourager dans sa démarche.

Toutefois, ce postulat est limité par le nombre de postes à pourvoir au sein de la structure et répondant aux restrictions médicales, surtout dans les établissements de taille réduite (et notamment dans le médico-social). A cet égard, l'établissement peut également décider de privilégier l'accès à certains postes de travail à des professionnels nécessitant d'être reclassés. Il optera pour des missions n'exigeant pas d'efforts physiques et une qualification moindre ou accessible par le biais d'une formation professionnelle, qu'il soumettra à l'agent concerné. Selon ces considérations, et par anticipation, un EHPAD va pouvoir réserver des postes d'assistant de soins en gérontologie, d'adjoint administratif, voire d'animateur, à des AS ou ASHQ ne pouvant plus poursuivre l'exercice de leurs fonctions.

Développer le télétravail

Le télétravail peut apparaître comme une solution aux agents atteints de handicap et dont les restrictions physiques ne permettent pas un travail effectif temps plein sur le lieu

de travail mais c'est aussi un moyen de prévention au vu de la moindre exposition aux risques professionnels . Cette organisation de travail est récente dans la fonction publique hospitalière : l'autorisation est accordée depuis 2012⁴⁶ mais la mise en œuvre n'est effective que depuis 2016⁴⁷. La mise en place du télétravail nécessite une concertation préalable et l'implication des services éligibles au télétravail : un groupe de travail projet doit être mis en place associant DRH, cadres, agents de terrain et représentants du personnel. Leur présence est un pré-requis indispensable puisque, d'une part, cela permet de prendre en compte au mieux les attentes des agents, et d'autre part, les représentants du CTE doivent obligatoirement être consultés sur les modalités d'organisation et les représentants du CHSCT informés. Bien que le télétravail améliore la qualité de vie au travail des agents, il reste néanmoins réservé à certains types d'emplois, principalement administratifs, qui sont les moins exposés aux risques professionnels.

Un accompagnement vers la sortie de l'emploi parfois nécessaire

La cellule handicap/emploi/santé au travail peut également mettre en œuvre un véritable accompagnement vers la sortie de l'emploi lorsque celle-ci est devenue inévitable. Une démarche individualisée est indispensable car *"il y a parfois des personnes qui sont usées par le travail, qui à l'évidence ne pourront pas retourner travailler pour des raisons physiques ou psychologiques liées ou non au poste de travail [...] le principal écueil en la matière c'est d'être jusqu'au-boutiste"*⁴⁸. La dimension sociale de cette cellule est alors plus que jamais un atout pour permettre à la personne en situation de handicap de sortir de l'emploi dans les conditions adaptées à sa situation. Parmi les mesures envisageables, la cellule peut proposer un bilan de compétences, notamment financé par le FIPHFP.

⁴⁶ Loi n°2012-437 du 12 mars 2012 modifiée relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses propositions relatives à la fonction publique.

⁴⁷ Décret n°2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique.

⁴⁸ Entretien réalisé le 12 mai 2017 avec le Docteur P., rhumatologue, médecin coordonateur du réseau Lombaction.

2.2 L'épanouissement professionnel des personnes en situation de handicap : une politique d'intégration volontariste nécessaire à la cohésion de groupe et à l'épanouissement individuel

Limiter la politique de l'emploi de personnes en situation de handicap à des données quantitatives (respect du ratio de 6%) ne saurait offrir à terme des perspectives convaincantes d'intégration et de pérennisation des effectifs. A cet égard, les établissements vont devoir déterminer une politique qualitative d'épanouissement professionnel afin d'assurer la stabilité et l'attractivité auprès des personnels concernés. Cette politique va pouvoir être déclinée en deux pans : d'une part, l'adaptation personnalisée du poste de travail, et d'autre part, l'intégration au sein de l'équipe professionnelle. Elle doit nécessairement être conjuguée à une mobilisation volontariste des acteurs internes à la structure⁴⁹.

2.2.1 L'adaptation du poste de travail, un rôle essentiel du responsable de service

A l'exclusion des hypothèses où le handicap entraîne une inaptitude définitive à l'exercice des fonctions ou, au contraire, n'entrave en rien ou seulement à la marge la poursuite de l'activité professionnelle, une réflexion menée autour de l'articulation entre le handicap et le poste de travail doit permettre à l'agent d'exercer ses fonctions pleinement et de manière valorisante.

En premier lieu, une évaluation précise des besoins du professionnel va dégager les orientations de la politique d'intégration individualisée. Garant du service, disposant d'une connaissance fine des fonctions exercées par chacun, le responsable de service sera le mieux à-même de déterminer les conditions d'accueil du service, en lien avec la DRH, le médecin du travail, ou encore l'ergonome. Toutefois, le cadre de proximité exprime le plus souvent des réticences à bouleverser l'organisation du service, source de tensions et de perturbation de la qualité des soins⁵⁰. Ainsi, pour ce faire, le cadre devra être en amont formé, sensibilisé à cette problématique et associé au processus dès le recrutement, afin de garantir son implication. Les rapports entre la DRH et les différents responsables de service sont donc déterminants dans la mise en œuvre de cette politique.

A partir de ces constats, dans un second temps, l'acquisition de matériel spécifique doit permettre à l'agent d'exercer ou de poursuivre l'exercice de ses fonctions en limitant au

⁴⁹ Entretien réalisé le 11 mai 2017 avec Marie Rose (nom modifié), professionnelle en situation de handicap dans un CH Annexe 5.

⁵⁰ *La place accordée aux personnes handicapées dans les établissements adhérents à la FHF Rhône-Alpes*, Cécile Heusse, 2015

maximum les aménagements de sa fiche de poste. Cet axe n'est pas exclusivement conditionné aux contraintes budgétaires pesant sur les établissements, puisque des fonds dédiés peuvent être sollicités (notamment auprès du FIPHFP). Cependant, des limites existent : *"Le FIPHFP propose également des financements mais cela peut parfois être compliqué [...] s'agissant du véhicule électrique que nous allons acquérir, le FIPHFP ne prend pas en charge cette dépense car il veut bien aménager le véhicule mais pas en acheter un [...] le FIPHFP dispose d'une plate-forme de commande sur internet avec un catalogue auquel il faut se reporter, il n'y a pas de discussion possible"*⁵¹.

En outre, le matériel peut également avoir une visée collective (par exemple, pour les aides-soignants, l'achat de lève-malades), et ainsi participer à une politique de prévention susceptible de permettre des réelles économies à terme, par une baisse de l'absentéisme et, plus spécifiquement, des accidents et maladies imputables au service. *"Des mesures ont été prises pour aménager au mieux les postes [...] et de manière étonnante, ce type de mesure a suscité la réaction d'autres agents qui sont venus spontanément me voir pour faire part d'un handicap similaire, jusque-là non déclaré, et solliciter des aménagements également [...] avoir une personne en situation de handicap dans un service apporte un plus pour d'autres personnes [...] même constat pour les fauteuils adaptés qui permettent aux autres agents d'en bénéficier aussi"*⁵².

Sur ce point encore, le responsable de service va être le plus légitime à déterminer, en lien avec la DRH et le médecin du travail, les besoins du service, en détectant les situations à risques.

Enfin, les restrictions médicales qui ne peuvent être intégralement compensées par l'achat de matériel doivent être intégrées à l'organisation générale du service de telle sorte que le professionnel concerné puisse exercer sans développer le sentiment dévalorisant de nuire à la qualité de la prise en charge. Cette problématique est d'autant plus valable en situation de reclassement professionnel, à la suite duquel les agents doivent faire le deuil de leurs fonctions passées. Le cadre va ainsi être amené à articuler recommandations individuelles et objectifs collectifs par le biais de fiches de poste spécifiques.

La souffrance professionnelle n'est toutefois pas limitée au regard critique porté sur soi-même, mais également portée par celui des autres.

⁵¹ Entretien réalisé le 12 mai 2017 avec Madame J, ergonome, cellule soutien et maintien dans l'emploi, CHU.

⁵² Entretien réalisé le 11 mai 2017 avec Madame LB, consultante Handicap et emploi.

2.2.2 La cohésion du service, une communication interne nécessaire pour lutter contre les préjugés

Si l'intégration de professionnels handicapés peut être vécue comme contraignante pour l'administration et le responsable de service, elle reste surtout une source de tension au sein du service lui-même (plus d'un tiers des personnes ayant repris leur emploi après un accident de santé considèrent avoir reçu un accueil moyen mauvais ou très mauvais⁵³). Ce phénomène s'explique par deux raisons essentielles : l'appréhension liée à une méconnaissance du handicap d'une part, et la crainte de transferts de charges d'autre part. C'est donc autour de ces deux piliers qu'une politique d'intégration va pouvoir être déterminée, afin de lutter contre les représentations négatives, facteurs de marginalisation et donc de souffrances professionnelles.

En premier lieu, l'intégration d'un professionnel en situation de handicap sera facilitée par une communication adaptée auprès de l'équipe, permettant de désamorcer les préjugés. Celle-ci peut d'abord être institutionnalisée, par le biais de points d'information lors des instances représentatives du personnel, permettant d'associer les organisations syndicales à la politique d'établissement.

Elle doit également être déclinée au sein de chaque service. La mise à disposition de documentations spécifiques ou d'affichage, ou un encart consacré au sein du journal interne, favorisent cette sensibilisation. De même, en amont de l'intégration au service et lorsque le handicap est visible, une communication en réunion de service doit permettre de répondre aux questions, de lever les craintes éventuelles et d'accueillir sereinement le professionnel concerné.

L'organisation de formations spécifiques peut également modifier les regards, comme un apprentissage de la langue des signes ou une action sur les comportements à adopter face aux différents handicaps. A l'instar d'actions permettant aux professionnels de se mettre " dans les conditions " du public accueilli (par exemple, d'une personne en perte d'autonomie en EHPAD), des organismes proposent également des formations plaçant les agents en situation de handicap visuel, moteur ou cognitif⁵⁴.

Les initiatives de professionnels doivent également être encouragées, comme des représentations théâtrales proposées par des comédiens directement concernés, ou de diffusions de séances cinématographiques dédiées à ce sujet.

⁵³ DAUBAS- LETOURNEUX V. (Mars 2012) Vivre et travailler après un accident de la vie. Rapport final. Enquête réalisée auprès des adhérents de la FNATH.

⁵⁴ Exemple : centre national de la formation et conseil en entreprise, organisme ATALAN.

La crainte légitime des transferts de charges ne pourra quant à elle être levée que par l'élaboration de fiches de poste adaptées, assurant au professionnel le plein exercice de ses fonctions. Cette considération est d'autant plus indispensable qu'en plus de nuire à la bonne intégration des professionnels concernés, elle exposerait également davantage les autres collègues, renforçant le risque de souffrir à leur tour de restrictions médicales. En effet, *"une politique d'intégration réussie doit être orientée vers une logique de " gagnant-gagnant ", permettant d'une part à l'agent concerné de s'épanouir professionnellement et de maintenir un lien social, et d'autre part aux équipes de bénéficier d'un avantage spécifique (par exemple, la rédaction d'une fiche de poste spécifique qui intégrerait des tâches administratives que le restant de l'équipe juge négativement). Les éventuels aménagements d'horaires de travail n'en seront alors que mieux acceptés, s'ils constituent un avantage pour tous"*⁵⁵.

Le responsable de service est donc un acteur incontournable dans la politique d'intégration et de maintien dans l'emploi de professionnels handicapés. Par ses connaissances du service et sa capacité à communiquer, il va être le garant de la cohésion de groupe et de l'épanouissement des membres qui le composent.

2.3 La sécurisation du parcours de vie : la nécessité d'innover et de renforcer l'intersectorialité en s'inspirant de modèles de référence appliqués à l'étranger comme par exemple, le modèle de Sherbrooke⁵⁶

Promouvoir la continuité des parcours professionnels est le résultat d'intelligence collective, systémique et proactive. Il faut cependant remarquer que la responsabilité partagée ne naît pas spontanément. Elle nécessite un cadre juridique et des mécanismes de régulation, avec une dynamique d'intégration et des systèmes d'informations partagés. En France, il existe un certain cloisonnement entre le système de soins, le système de santé au travail et l'emploi des personnes en situation de handicap. Les enjeux de la santé au travail sont en général peu reconnus. Le modèle français présente aussi un certain nombre de difficultés d'application dans les démarches de prévention et de retour précoce au travail ainsi qu'une absence de programme structuré et pérenne de réadaptation en milieu de travail malgré une amplification des besoins. La nécessité de faciliter les parcours

⁵⁵ Entretien avec un directeur sanitaire, médico-social et social réalisé le 9 mai 2017.

⁵⁶ FASSIER J.B et collègues (2009), Étude de la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français. Rapport de Recherche. Université de Sherbrooke.

professionnels et de santé des travailleurs handicapés, en évitant toute rupture de parcours, devient donc un enjeu et une priorité pour obtenir une société plus inclusive.

Différents modèles de référence à l'étranger, notamment au Québec, ont démontré leur efficacité et leur pertinence en termes de prévention, de parcours et de coordination des acteurs dans le maintien à l'emploi des travailleurs handicapés.

Le modèle de Sherbrooke constitue une référence incontestable dans le domaine de la prévention de l'incapacité au travail. Les caractéristiques essentielles de ce modèle sont d'identifier précocement les salariés risquant d'évoluer vers de la chronicité, voire du handicap, en associant systématiquement leur milieu habituel de travail pour favoriser le retour précoce au travail et le maintien dans l'emploi. Cet exemple québécois est intéressant car il permet concrètement de diminuer les lombalgies invalidantes⁵⁷, à partir d'un processus par étape⁵⁸. Il se définit par sa précocité d'actions, sa globalité de prise en charge, son caractère innovant et pragmatique, sa pluridisciplinarité et son amélioration des conditions de travail.

2.3.1 La France dispose de nombreux atouts pour transposer ce modèle

Le rôle majeur du médecin traitant

En effet, le médecin traitant constitue "la porte d'entrée" du modèle de Sherbrooke. L'introduction d'un protocole de lombalgie par les médecins traitants pourrait être partagée avec le médecin du travail et le médecin conseil de l'Assurance Maladie. Ce dernier détient pour rappel, le potentiel d'effectuer des signalements de salariés à risque de désinsertion professionnelle auprès de ses confrères. L'adaptation des professionnels de santé, avec la mise en place d'un secret médical partagé sous réserve de l'accord du patient, permettrait une meilleure articulation entre la prise en charge sanitaire, sociale et professionnelle. Elle apporterait de la cohérence aux parcours et aux projets de vie. Les réseaux de santé en complément, peuvent servir de point d'appui. Les valeurs et les objectifs partagés de ces réseaux permettent d'harmoniser les pratiques professionnelles, en décloisonnant et en apportant une continuité de prise en charge et une meilleure accessibilité géographique. Cette coordination doit s'articuler autour du parcours de santé, de l'intervention pluridisciplinaire dans les établissements et d'ajustements des prestations de l'Assurance Maladie.

⁵⁷ Objectif quantifié n° 86 annexé à la loi du 9 Août 2004.

⁵⁸ Présenté en Annexe 8.

L'importance des actions de l'Assurance Maladie

Le rôle de l'Assurance Maladie est aussi prépondérant dans la réussite de ce modèle. Les services sociaux de l'Assurance Maladie peuvent évaluer et réaliser un accompagnement socioprofessionnel légitime et partagé par l'ensemble des acteurs. Il convient d'analyser à la phase du diagnostic de la situation de handicap au travail, son rôle de conseil et d'accompagnement dans les démarches de retour au travail ainsi que son rôle de liaison des différents intervenants. Elle dispose de nombreux outils existants, peu utilisés actuellement, susceptible d'informer et d'identifier les assurés présentant des risques d'évolution vers un handicap. Par ailleurs, les services de prévention de l'Assurance Maladie peuvent facilement animer et fédérer des instances paritaires au niveau régional, coordonnant les services médicaux, sociaux et professionnels. Ces dynamiques locales seraient favorables à un équilibre du parcours de réadaptation du travailleur handicapé, entre les services médicaux, les services sociaux et les services de santé au travail. Il présente en outre, un bénéfice financier pour l'entreprise, en termes d'amélioration du climat social et des conditions de travail par la facilitation du retour en emploi. Ces innovations collaboratives disposent aussi, de ressources financières avec l'appui de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), du FIPHFP et de l'AGEFIPH.

Etre intersectoriel dans le pilotage et la planification

A partir du plan régional de santé au travail, qui constitue un outil de planification incontournable, la co-animation entre la DIRECCTE et le médecin inspecteur du travail (MIT) renforcerait le développement de pratiques innovantes et répondrait aux enjeux de sécurisation des parcours professionnels. Leurs rôles d'information et d'influence auprès des services de santé au travail consolideraient la coordination des autres opérateurs du maintien dans l'emploi. Ces différents pilotages, à divers niveaux de planifications, apporteraient de la cohérence et des potentialités de coordination entre les professionnels de santé, les entreprises et l'Assurance Maladie. Etre intersectoriel est un gage de réussite pour les politiques de santé au travail et les politiques d'emploi des personnes en situation de handicap. La construction d'un dialogue avec une vision commune des enjeux et des objectifs en réconciliant les intérêts divergents est la clé de réussite de l'application du modèle de Sherbrooke.

2.3.2 Mesurer les différents obstacles pour mieux transposer ce modèle afin de garantir une mise en œuvre réaliste et satisfaisante en France

Le besoin d'aménagements juridiques et de réorganisation entre les partenaires

Toutefois, pour transposer ce modèle en France, certains aménagements juridiques sont nécessaires. En effet, il est important de renforcer certains aspects législatifs, notamment l'encadrement des professionnels de santé, la détermination des missions et des légitimités institutionnelles au niveau de l'Assurance Maladie, et aussi au niveau des mesures mobilisables dans le cadre du maintien à l'emploi. Les contraintes afférentes aux obligations du secret médical entre professionnels de santé devront être clarifiées et partagées. En parallèle, le signalement précoce des assurés sociaux à risque de désinsertion professionnelle devra être renforcé par une réorganisation des pré-visites, des visites médicales et des reprises à temps partiel thérapeutique. Il faudra aussi prendre en compte les particularités des statuts de la fonction publique hospitalière avec l'intervention de différentes instances comme la commission de réforme et le comité médical qui se distingue de celles du code de la sécurité sociale.

Cette intersectorialité à chaque étape ne peut s'opérer qu'avec une évolution des mentalités et des pratiques, où certaines questions éthiques peuvent être soulevées.

Une expérience française de réseau, inspirée du modèle de Sherbrooke

Plusieurs initiatives s'inspirant du modèle de Sherbrooke existent sur le territoire. Il en existe dans le nord de la France et dans les Pays de la Loire.

Le CHU d'Angers s'est mobilisé par exemple, à travers la constitution d'un réseau "Lombaction". Son rôle vise à effectuer une prise en charge médicale et socioprofessionnelle des travailleurs souffrant de lombalgies chroniques, ou d'autres pathologies chroniques posant des difficultés au travail, de maintien dans l'emploi ou de retour au travail. Une coordination des actions des différents acteurs autour du retour du travail est établie au cas par cas. Ce réseau vise à favoriser non plus une vision parcellaire mais plus globale de la prise en charge médicale, psychologique, sociale et professionnelle. Il s'agit d'empêcher les actions ou discours contradictoires entre professionnels de santé, qui pourraient porter atteinte à l'objectif de maintien et de retour au travail. Ce parcours débute par une consultation pluridisciplinaire : *"On voit le patient une première fois au cours d'une consultation pluridisciplinaire qui dure 2 heures, au cours de laquelle le patient rencontre l'infirmière du travail, une psychologue et va remplir des questionnaires [...] je le rencontre à la fin après avoir fait la synthèse de l'ensemble de ces éléments et de*

*ceux transmis par les autres praticiens [...] à l'issue de cette consultation, je leur propose un programme sur le plan de la rééducation, sur le plan psychologique si il y a besoin, sur le plan du traitement [...] en fonction des praticiens que le patient a choisi pour mettre en œuvre ce programme, je vais le contacter, ainsi que le médecin conseil pour communiquer sur la démarche mise en place et sa planification "*⁵⁹. Ce suivi au cas par cas fait l'objet d'un engagement de la part du patient et un accompagnement social et professionnel spécifique lui est dédié.

Cependant, malgré des résultats probants et le développement d'une dynamique de parcours de santé, ce réseau ne bénéficie plus de soutien financier de l'ARS.

Rester pragmatique avec un soutien renforcé des pouvoirs publics

Il demeure néanmoins toujours un manque de coordination et d'échange d'informations liés à des divergences de représentation de la situation du patient-travailleur par les différents acteurs du retour au travail, qui cloisonnent toujours la personne dans un statut soit de patient, soit de salarié, soit d'assuré.

Toutefois, la construction d'un référentiel commun entre les acteurs du champ médico-social et l'entreprise concernant les capacités fonctionnelles des salariés, la situation de travail réelle dans l'entreprise, ainsi que les obstacles et les facilitateurs au retour au travail permettrait d'améliorer la cohérence des pratiques et de potentialiser leur efficacité dans un objectif commun.

Ces diverses expériences, basées sur des initiatives pertinentes et sur des volontés locales d'acteurs de terrain, ne deviendront vraiment effectives qu'à partir d'un renforcement et un appui réel des pouvoirs publics. Le décroisement entre les acteurs ne pourra s'opérer efficacement qu'avec de nouveaux cadres réglementaires législatifs.

⁵⁹ Entretien avec le Docteur P., Rhumatologue, médecin coordonnateur du réseau Lombaction, réalisé le 12 mai 2017, Annexe 4

Conclusion

L'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées est un sujet particulièrement sensible dans le secteur sanitaire et médico-social, en raison notamment de la proportion importante de métiers « à risques ».

Au-delà de la situation de l'emploi des personnes en situation de handicap, qui répond dans les établissements sanitaires et médico-sociaux aux règles mentionnées par la loi du 11 février 2005, la qualité de vie au travail de ces personnes apparaît aujourd'hui comme une problématique prioritaire en termes managériaux. Nous avons identifié plusieurs étapes clés dans le parcours des personnes en situation de handicap : le recrutement direct, le maintien dans l'emploi, par le biais d'aménagements de poste ou de reclassement professionnel, l'accès à la formation professionnelle et à la promotion professionnelle et enfin la sortie de l'emploi suite à une déclaration d'inaptitude.

Dans l'optique d'améliorer la coordination entre les politiques d'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap et les politiques de santé au travail, les éléments de coordination entre les différents acteurs apparaissent indispensables bien qu'insuffisamment développés. La constitution d'équipes pluridisciplinaires composées autour des services de santé au travail, apparaît comme un levier majeur d'une politique de santé au travail et d'emploi de professionnels en situation de handicap réussie.

La prévention est également un levier majeur, comme le souligne le plan santé au travail 2016-2020 : il s'agit de prévenir en amont des risques, dans une politique qui regroupe qualité de vie au travail et emploi des travailleurs en situation de handicap. L'identification des risques professionnels constitue une étape majeure, puisqu'elle impulse l'ensemble des actions correctives à engager par la structure.

Enfin, la qualité de vie au travail des personnes concernées dépend de l'investissement des différents professionnels et de la perception du handicap portée par les équipes. Une communication adaptée et des actions de formation dédiées doivent permettre de fluidifier les parcours professionnels et l'intégration au sein des services d'affectation. Il revient à la direction de l'établissement d'impulser une stratégie globale visant à améliorer la prise en compte de ces différentes problématiques à chacune des étapes du parcours des personnes handicapées.

Bibliographie

Revue et articles :

ANQUETIL M., HENNEQUIN P. et HEUSSE C. (2016), Référents handicap mutualisés : partageons les ressources pour une politique du handicap, Revue hospitalière de France. N°568

ARNAUDO B., LEONARD M., SANDRET N., Les risques professionnels en 2010: de fortes différences d'exposition selon les secteurs. Références en santé au travail. N°133

FLAMANT A. (2016), L'emploi des personnes handicapées : du principe de non-discrimination à la gestion des compétences dans les collectivités territoriales. La documentation française, Revue française des affaires sociales.

LE ROY-HATALA C. (2009), Le maintien dans l'emploi de personnes souffrant de handicap psychique, un défi organisationnel pour l'entreprise. La Doc. Française. Revue Française des Affaires Sociales.

LHUILIER D. et WASER A.M. (2014), Maladies chroniques et travail. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé.

MOCELLIN M.C. (mars 2013) Organisation: la mise en œuvre d'une politique handicap. Gestions Hospitalières n°524

PETIT A., BONNAUD-ANTIGNAC, ROQUELAURE Y., (2014), Cancer et parcours professionnel. Springer-Verlag.

"Professionnels sous tension"(2012), Actualités sociales hebdomadaires n°2741-2742

RAYSSIGUIER Y. JEGU J. LAFORCADE M. (2012), Politiques Sociales et de santé, Comprendre et agir, Presses de l'EHESP

THIVET D. et FILLION E. (2017, à paraître), "La lutte contre les discriminations. La difficile appropriation du droit de la non-discrimination dans l'emploi des personnes en situation de handicap dans la fonction publique. L'exemple des personnels hospitaliers." Les Cahiers de la Fonction Publique.

"Un service à l'écoute des professionnels"(2014), Travail Social Actualité n°49

VALDES B. (2016), L'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique en France : analyse quantitative des données d'enquêtes nationales disponibles. Revue Française des Affaires Sociales, N° 4

Rapports :

DARES (février 2013), Les risques professionnels en 2010: de fortes différences d'exposition selon les secteurs.

DARES Analyses (janvier 2016), L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux. N° 004

DARES Résultats (novembre 2016), L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2014 ; un taux d'emploi direct en légère baisse. N° 066

DARES Synthèse. Stat' (Novembre 2016), Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail. N° 22

(dir.) DAUBAS- LETOURNEUX V. et MADEC L. (2016), Santé-travail: un levier de performance économique et sociale pour les établissements publics de santé. EHESP

DAUBAS- LETOURNEUX V. (Mars 2012) Vivre et travailler après un accident de la vie. Rapport final. Enquête réalisée auprès des adhérents de la FNATH.

DRESS, Etudes et Résultats (Mars 2017), Le niveau de vie des personnes handicapées : des différences marquées selon les limitations. N° 1003

FASSIER J.B et collègues (2009), Étude de la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français. Rapport de Recherche. Université de Sherbrooke.

HEUSSE C. (2015), La place accordée aux personnes handicapées dans les établissements adhérents à la FHF Rhône- Alpes. Rapport FHF.

Rapport IGAS (2014) n°2013-127 R « Articulations entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardio-vasculaires »

Plan santé travail 2016-2020

Rapport annuel d'activité 2016 Défenseur des droits

(dir.) ROUSSEL P. et FILLION E, (2016), Situations de handicap et emploi public : quels usages de "l'aménagement raisonnable " ? EHESP

(dir.) ROUSSEL P. et GUEVEL M.R, (2015), Handicap et emploi dans la fonction publique dans un contexte budgétaire contraint. EHESP

Documents et brochures :

Guide pratique inaptitudes au travail : comprendre et agir (2016), ANFH Rhône Alpes en partenariat avec l'UNIFAF et l'ARS, 64 pages

Plaquette SAMETH : le maintien dans l'emploi des personnes handicapées

Présentation des Journées Actualités et Santé (2016), santé au travail : comment construire et rendre efficace une politique "Handicap et Maintien dans emploi dans les établissements de la FHF"

Conférence :

Conférence de J. DIRRINGER 2017, Maître de conférence Université Rennes 1: question du handicap en lien avec les questions de santé au travail

Cadre réglementaire :

Relatif à la santé au travail :

- Loi du 9 avril 1898 relative aux accidents de travail
- Loi du 25 octobre 1919 relative aux maladies professionnelles
- Loi fondatrice du 11/10/1946 relative à l'organisation de la médecine du travail
- Directive 89/391 CEE du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail
- Loi 91-1414 du 31 décembre 1991 portant transposition de la directive européenne 89/391 CEE du 12 juin 1989 relative à la santé et à la sécurité du travail.
- Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs
- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.
- Décret n° 2003-546 du 24 juin 2003, Décret n° 2003-958 du 3 octobre 2003, Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail
- Loi n° 2004-906 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 et décret n°2012-135 à 137 du 30/01/2012 relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la médecine du travail
- Instruction N° DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques.
- Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.
- Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail

Relatif au handicap :

- Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés.
- Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- Loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Éléments de méthodologie	page II
ANNEXE 2 : Guide d'entretien	page IV
ANNEXE 3 : Fiche de synthèse des entretiens	page VI
ANNEXE 4 : Entretien avec le Docteur P médecin coordonnateur du réseau "Lombaction", CHU	page VII
ANNEXE 5 : Synthèse de l'entretien avec un professionnel en situation de handicap	page XIII
ANNEXE 6 : Entretiens auprès de médecins du travail	page XV
ANNEXE 7 : Accompagnement professionnel personnalisé mis en place au sein d'un Conseil départemental	page XIX
ANNEXE 8 : Le modèle de Sherbrooke	page XX

ANNEXE 1 : Eléments de méthodologie :

A partir de recherches documentaires et d'échanges avec les enseignantes chercheuses, nos réflexions nous ont menés au constat que si les politiques de santé au travail et d'emploi des personnes en situation de handicap ont beaucoup progressé sous l'impulsion des pouvoirs publics, il persiste une difficulté à les mettre en application sur le terrain. En effet, les personnes en situation de handicap ne sont pas pleinement intégrées et rencontrent des problèmes d'accès, de maintien et d'accompagnement à la sortie de l'emploi. Ces situations nécessitent un accompagnement, qui, lorsqu'il est réalisé, trouve ses limites faute de coordination entre les différents acteurs du secteur sanitaire et médicosocial.

La notion de handicap a été appréhendée dans sa globalité, sans distinction des types de limitations fonctionnelles.

La problématique retenue par le groupe est qu'actuellement, il existe des marges importantes de progression dans l'articulation des politiques de santé au travail et des politiques d'emploi des personnes en situation de handicap en France dans le secteur sanitaire et médico-social.

Ce qui a induit la question de recherche : en quoi le développement de la coordination entre les acteurs permet-il d'améliorer le parcours professionnel des personnes en situation de handicap dans le secteur sanitaire et médicosocial ?

Nous avons alors construit trois hypothèses de travail :

- 1) La coordination dépend de l'implication des dirigeants, de leur stratégie de gestion des ressources humaines et de la démarche projet dans laquelle ils s'inscrivent ;
- 2) La coordination nécessite une implication des équipes élargies, incluant les personnes concernées par le handicap ;
- 3) La coordination dépend des partenaires extérieurs impliqués en interrelation avec les structures.

Nous avons ensuite confronté ces réflexions à des recherches de terrain, par le biais d'entretiens réalisés dans différentes régions. Nous avons rencontré le délégué du Défenseur des Droits du secteur de Toulon. Son expertise du domaine est un élément précieux qui nous permet d'affirmer que la coordination entre les acteurs a nécessairement vocation à progresser pour que les personnes en situation de handicap puissent accéder à plus d'égalité dans le travail.

Les guides d'entretien (Annexe 2) ont été adaptés aux publics interrogés. Une grille d'entretien a permis de les analyser (Annexe 3).

Professionnels établissements de santé Re	<p><u>-RH :</u> Responsables RH de 3 cliniques privées non lucratives, 1 CH Chargé de mission handicap et travail CHU Chargé de mission TH CHU Chef de département santé au travail et politiques sociales CHU Chargé communication qualité CH Référénts handicap CH et CHU - <u>Service de santé au travail :</u> 2 médecins du travail CH 1 médecin du travail CHU 1 ergonome CHU - Assistante de service social du personnel CH - Cadre de santé CH - Directeurs d'établissements médico-sociaux (EHPAD) : 1 public et 1 privé non lucratif</p>
Personnes ressources	<p>- Référent handicap mutualisé FIP Rhône Alpes - Personne ressource : enseignant D3S EHESP - Médecin coordonnateur du réseau Lombaction</p>
Vision institutionnelle	<p>-ARS Direction PA PH -Président de l'ANDASS - Chargé de mission MDPH -Service d'accompagnement professionnel personnalisé Conseil départemental</p>
Personnes en situation de handicap	<p>- Agent blanchisserie CH - Aide-soignante CH - Chargé de coordination démarche qualité CH</p>

Nous avons croisé nos analyses, observations et entretiens en groupe afin de mettre en évidence des tendances et formuler des préconisations opérationnelles.

Ce travail a renforcé notre capacité à travailler collégalement, en interdisciplinarité, autour d'une problématique qui nécessite elle-même d'être appréhendée comme telle sur le terrain. Cette expérience nous apportera des bénéfices dans l'exercice de nos futures fonctions tant sur l'acquisition de connaissances sur cette problématique que sur notre capacité à travailler en équipe.

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

Selon les profils des personnes rencontrées, différents guides ont été élaborés.

Le premier a concerné les professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux

Présentation de l'enquêteur, de l'école, du MIP, du thème abordé.

Recueil de l'accord pour l'enregistrement, information relative à l'anonymisation de l'entretien.

Présentation de l'interlocuteur, sa fonction, sa structure (type, taille, public/privé, rural/urbain...).

→ Quelle perception de la situation de handicap ? Comment pensent-ils le handicap ?

- Référent ?
- Formation ?
- Quotité de travail sur cette fonction ?
- Où est situé le bureau, le lieu de travail ? Accessibilité ?
- Chaînage hiérarchique ?

→ Politique interne : quelles ressources et compétences sont mobilisables ?

- Processus RH, communication
- Travail avec les cadres de proximité et les équipes (perception des équipes)

Une vigilance particulière a été portée lors de la formulation des questions afin qu'elles ne restreignent pas à l'emploi des personnes en situation de handicap mais incluent les enjeux de santé-travail dans les organisations, relations interservices et interpersonnelles.

→ Mobilisation aux différents moments du parcours de la personne en situation de handicap

- Recrutement
- Accompagnement, maintien
- Sortie

→ Acteurs externes

→ Auriez-vous des éléments à ajouter, remerciements

Les approches innovantes de certains établissements ont été valorisées à travers des questions sur le fonctionnement et les limites de leurs démarches ainsi que la possibilité de reproduire leurs actions dans d'autres structures.

Quant aux personnes ressources, les entretiens ont été davantage menés sous la forme de témoignages, de partage d'expériences, compte tenu de leur vision transversale.

Pour la vision des institutions, l'approche s'est faite sous l'angle des politiques publiques développées en matière de santé de travail et de politique d'emploi des personnes en situation de handicap (moyens, limites, contrôle de la mise en place, comment faciliter la coordination entre les acteurs).

Enfin, **les entretiens auprès des personnes en situation de handicap** ont été ouverts et libres, orienté vers le parcours professionnel, leurs ressentis, les freins et leviers.

ANNEXE 3 : Fiche de synthèse des entretiens

Date lieu	
Nom de l'enquêteur	
Nom de l'enquêté	
Position dans la structure	
Parcours professionnel	
Type de structure, population accueillie	
Constat	
Difficultés rencontrées	
Enjeux	
Leviers, pistes de solution	
Verbatim	

Annexe 4 : Entretien réalisé le 12 mai 2017 avec le Docteur P Rhumatologue, médecin coordonnateur du réseau "Lombaction", CHU d'A

Quelles sont vos activités au CHU d'A ?

Je suis maître de conférences des universités, je suis hospitalo-universitaire, 50% de mon temps est dédié à l'hôpital et 50% est dédié à l'université. Je suis rhumatologue de formation c'est pour cela que je travaille plus particulièrement sur les TMS et les lombalgies. Je travaille au service des pathologies professionnelles, je m'occupe des TMS plus particulièrement en lien avec le travail, et surtout sur le retour et le maintien dans l'emploi des personnes qui souffrent de TMS.

Que pensez-vous du modèle de Sherbrooke ?

Le modèle a été bien travaillé pour les lombalgies notamment au niveau international. C'est dans ce domaine dans lequel on est le plus en avance dans la recherche. On peut décliner ce modèle à d'autres pathologies chroniques, il y a notamment des consultations qui sont organisées à A. mais aussi dans d'autres régions dans le cadre de retour à l'emploi après cancer.

L'idée est toujours venue d'une inspiration forte du modèle québécois de Sherbrooke pour la lombalgie notamment. Toutefois, la France ce n'est pas Sherbrooke, on peut faire un certain nombre de transpositions mais on ne peut pas transposer le modèle intégralement stricto sensu (cf. thèse de Jean-Baptiste FASSIER). Le modèle de Sherbrooke est aussi basé sur les aspects légaux des incitations aux employeurs au Québec, qui ne sont pas les mêmes qu'en France. Au Québec, on incite les employeurs à retourner leurs travailleurs à l'emploi quand ils sont en arrêt, en accident du travail ou maladie professionnelle (application de pénalités) ce qui n'est pas le cas en France. La volonté politique en France est de favoriser le maintien en emploi des personnes handicapées, la reconnaissance de travailleur handicapé... mais j'ai plus l'impression qu'en France c'est la carotte et au Québec le bâton. En France, il y a la pénalité en cas de non-respect des 6% de travailleurs handicapés, vous avez des avantages qui sont octroyés pour employer une personne handicapée alors qu'au Québec il y a un cadre réglementaire contraignant qui impose à l'employeur de prévoir le retour à l'emploi de la personne et après un certain délai cela peut devenir très embêtant pour l'employeur. Toutefois, il y a un certain nombre de philosophies derrière le modèle de Sherbrooke, dans sa conception notamment, qui sont bien sûr applicables. Le réseau "Lombaction", que j'anime pour les maladies chroniques, est directement inspiré de ce modèle.

Pouvez-vous me parler de "Lombaction" ?

Dans mes différentes activités cliniques, j'ai des consultations de pathologies professionnelles « classiques » relatives aux TMS, j'ai des consultations de retour au travail après cancer mais le plus important de mon activité clinique c'est l'animation d'un réseau qui s'appelle "Lombaction". C'est un réseau de prise en charge médicale et socio-professionnelle des travailleurs lombalgiques en situation de difficulté au travail, de maintien ou de retour au travail du fait de la lombalgie. Ce réseau est né à Angers et s'étend sur toute la région Pays de la Loire. En dehors de ce réseau, il y a je crois d'autres initiatives de ce genre qui ont été développées dans le Nord (REseau NOrd-Pas de Calais du DOS: « RENODOS ») et en Normandie mais globalement il n'y en a pas beaucoup. Pour expliquer la genèse de ce dispositif, et c'est valable pour d'autres maladies, il faut bien comprendre que la lombalgie est un symptôme qui devient un problème quand il se transforme en lombalgie chronique. Il y a souvent une composante travail dans la genèse de la lombalgie et surtout dans la chronicité de la lombalgie et par la suite elle a des conséquences sur le travail puisque les personnes sont obligées de se mettre en arrêt de travail, deviennent potentiellement inaptes à leur poste de travail voire sont exclues du travail.

On a à la fois la cause et la conséquence du travail pour la lombalgie, c'est vrai pour les TMS de manière générale et pour de nombreuses autres affections. L'optique c'est de se dire qu'on va essayer d'agir à la fois sur les causes et sur les conséquences. Sur les causes on va développer une démarche socio-professionnelle, on va regarder s'il y a des outils que l'on peut utiliser pour aménager le poste de travail et favoriser le retour au travail : on essaye de faire une action sur le travail et on va traiter au cas par cas. On va également essayer d'intervenir sur les conséquences avec par exemple un programme de réentraînement à l'effort avec une intensité graduelle en fonction de la situation de la personne. On propose aussi un accompagnement des personnes dans le cadre du programme de rééducation pour que la démarche rééducative, donc médicale, et la démarche socio-professionnelle se fassent vraiment en parallèle, c'est ce qui est très important.

Trop souvent les personnes sont prises en charge sur un plan médical et après on se dit « ah oui mais il y a aussi maintenant le retour au travail » et tout ça se fait en décalé, les patients perdent le bénéfice de leur rééducation et on repart à zéro. "Lombaction" c'est la coordination de tous les acteurs du retour au travail. Toutes les actions prises séparément peuvent se faire, il n'y a pas besoin de "Lombaction" et d'une consultation pluridisciplinaire pour cela. Toutefois, les actions sont menées de manière parcellaire, il n'y a pas de vision

globale de la situation du travailleur c'est à dire une vision médicale, psychologique, sociale et professionnelle. Ces actions sont le plus souvent réalisées par des praticiens qui exercent dans leur champ de compétences avec un manque de communication de ces différents champs : le médecin de soin s'occupe du soin, le médecin du travail s'occupe du travail, le médecin conseil s'occupe des arrêts de travail, etc... Chacun traite le problème dans sa relation singulière avec le patient et on observe un manque de coordination. Le réseau " Lombaction " organise cette coordination afin que les actions soient mieux coordonnées et donc plus efficaces.

C'est aussi un enjeu important car ce qui est très délétère pour la prise en charge de ces pathologies c'est d'avoir des discours discordants (par exemple entre le médecin traitant et le médecin du travail s'agissant de la reprise du travail ou entre un kinésithérapeute, un médecin traitant et un radiologue s'agissant de l'interprétation des examens radiologiques) ou des propositions d'actions contradictoires qui génèrent une perte de temps et empêchent le retour au travail. L'objectif c'est de prendre en compte l'ensemble des problématiques : on se donne une ou des lignes de conduite et on prévient tout le monde pour aller dans le même sens pour avoir une démarche cohérente tous ensemble avec le patient. Les lombalgiques ont mal, ils sont kinésiophobes, ils sont dans la crainte que les douleurs reviennent dans le travail, ils ont peur de ne pas pouvoir retrouver leur poste et que l'on ne trouve pas d'autres solutions. Si on mène des actions pour rassurer le patient avec le kinésithérapeute qui les aide, les rééduque, améliore leur capacité fonctionnelle en parallèle avec le médecin du travail qui négocie une reprise à temps partiel, un médecin traitant qui va dans le même sens et prescrit un arrêt de travail, un ergonomiste qui essaye de changer des choses pour améliorer les conditions de travail, la reprise du travail a plus de chance d'être réussie et le retour au travail d'être durable. Le maintien/retour dans l'emploi nécessite une vision bio, médico, psycho, socio-professionnelle, cette prise en charge globale est déterminante.

"Lombaction" ce n'est pas un réseau formel de médecins. Les médecins, quelle que soit leur spécialité (médecin traitant, rhumatologue, médecin du travail), nous adressent les patients atteints de lombalgie chronique (en arrêt de travail prolongé ou répété). Une fois que le patient nous est adressé, en tant que coordinatrice, je contacte tous les professionnels de santé qui s'occupent du patient. On rentre dans le processus par le patient (via un médecin) et on assure après la coordination autour du patient.

Comment se passe cette coordination ?

On voit le patient une première fois au cours d'une consultation « pluridisciplinaire » qui dure deux heures, au cours de laquelle le patient rencontre l'infirmière du travail, une psychologue, où il va remplir des questionnaires (qui nous servent aussi pour la recherche) pour mieux le connaître. Je le rencontre à la fin après avoir fait la synthèse de l'ensemble de ces éléments et de ceux transmis par les autres praticiens qui s'occupent du patient. A l'issue de cette consultation, je leur propose un programme sur le plan de la rééducation, sur le plan psychologique s'il y a besoin, sur le plan du traitement, etc... En fonction des praticiens que le patient a choisis pour mettre en œuvre ce programme, je vais les contacter ainsi que le médecin conseil pour communiquer sur la démarche mise en place et sa planification.

Après cette visite pluridisciplinaire, le suivi se fait au cas par cas. C'est compliqué surtout sur le plan social et professionnel donc je leur propose un accompagnement par l'infirmière du travail car elle a la compétence sociale et professionnelle pour aider les patients à remplir les formulaires, demander une RQTH... Si c'est compliqué sur le plan médical ET socio-professionnel à ce moment-là on revoit le patient à deux. C'est vraiment du cas par cas. La rééducation c'est un engagement par contrat (signature d'un contrat en trois exemplaires) car il faut que les patients s'investissent, ça leur demande beaucoup d'efforts. Je leur demande donc de s'engager afin de mener le projet de rééducation à son terme. Il n'y a pas d'obligation mais si le patient accepte la démarche c'est une sorte d'engagement moral, c'est une sorte de donnant-donnant. Le retour au travail ne peut pas être fait sans la volonté du principal concerné c'est à dire le travailleur. S'agissant de la démarche de coordination des acteurs c'est la même chose sinon on court à l'échec. Cela fait dix ans que je m'occupe de ce réseau et dans la grande majorité des cas les patients jouent le jeu.

Le réseau "Lombaction" intervient essentiellement en matière de réintégration professionnelle. Des actions sont-elles prévues également au moment du recrutement de la personne souffrant de lombalgie ?

Il n'y a pas de contre-indications médicales à l'embauche selon les recommandations de la société française de médecine du travail – HAS (travail que j'ai piloté). Une personne qui est lombalgique chronique (lombalgie "commune") et qui postulerait à un poste qui sollicite le dos ne peut pas se voir opposer normalement des contre-indications médicales par le médecin du travail dans le cadre de la visite d'embauche. Aucune littérature ne permet de justifier que l'emploi va aggraver sa problématique de dos, que cela va engendrer des arrêts de travail. Après c'est du cas par cas et cela peut amener à une

réflexion sociale et professionnelle. Si la personne postule à un poste dont il sait qu'il risque d'engendrer des problèmes de dos c'est sans doute qu'il ne peut pas faire autrement. Il faudra informer cette personne, lui rappeler les mesures de prévention mais ne pas lui opposer de contre-indications à l'embauche car ça pourrait être délétère pour elle.

Quand le retour dans l'emploi est impossible malgré la démarche mise en place, quel accompagnement proposez-vous ?

C'est du cas par cas une nouvelle fois, selon la situation sociale, familiale de la personne, selon son âge, sa formation, si elle est proche de la retraite ou pas... On peut les accompagner vers un bilan de compétences, une reconversion professionnelle. Il y a parfois des personnes qui sont usées par le travail, qui à l'évidence ne pourront pas retourner travailler pour des raisons physiques ou psychologiques liés ou non au poste de travail. Cette démarche peut être un déclic pour la personne pour se lancer vers un nouveau métier, faire une nouvelle formation. On accompagne aussi vers l'invalidité ou la retraite anticipée dans la fonction publique. Le principal écueil en la matière c'est d'être « jusqu'au-boutiste », il faut respecter le choix de la personne, ce sont aussi des assurés sociaux, ils ont le droit de ne plus vouloir retourner dans l'emploi, de trouver leur situation insupportable.

Quel est le lien entre le CHU et le réseau "Lombaction" ?

Il n'y a pas de lien et c'est d'ailleurs un grand regret auquel je vais tenter de remédier. Cette consultation pluridisciplinaire est ouverte vers l'extérieur comme vers l'intérieur du CHU (personnes qui travaillent au CHU). Je trouve dommage qu'on ne mette pas en place un parcours spécifique « privilégié » pour le personnel du centre hospitalier au moins en termes de délai. On est en train de réfléchir avec les médecins du travail du CHU pour essayer de proposer une action qui va dans ce sens.

Mon objectif est également de mettre la direction des ressources humaines du CHU dans la boucle. Ils connaissent "Lombaction", ils sont preneurs du projet mais pour le moment ça n'est pas allé plus loin mais nous allons les solliciter notamment avec l'ergonome du CHU qui connaît très bien ces sujets.

Il y a également à terme des pistes de mutualisation avec le GHT pour développer cette coordination avec les établissements périphériques.

Quelle est l'actualité de "Lombaction" ?

Le réseau a évolué, il fonctionne mais malgré son efficacité il n'existe plus en tant que réseau reconnu en tant que tel puisque l'ARS ne finance plus notre projet pour des raisons de contrainte budgétaire (ce qui était le cas avant). Nous poursuivons ce travail avec les praticiens qui sont engagés dans la démarche toutefois sans les financements ARS il est compliqué de poursuivre la coordination avec certains praticiens libéraux qui dégagent du temps pour cette activité.

ANNEXE 5 : Synthèse de l'entretien du 11 mai 2017 avec un professionnel en situation de handicap:

Remarque : L'entretien est retranscrit à la troisième personne car compte tenu du handicap, un interprète a été nécessaire à savoir la cadre du service qui connaît bien la personne. Son nom est modifié.

Formation/ parcours professionnel ?

Marie-Rose est née en 1958. Elle a aujourd'hui 59 ans et partira en retraite en février 2018. Durant sa jeunesse, elle a fréquenté un institut catholique pour jeunes sourds. Là bas, elle a appris la langue des signes mais ne l'a pas pratiquée car sa famille ne l'a pas appris. A l'époque en effet, on encourageait plutôt les jeunes sourds à utiliser leur voix.

Marie-Rose sait bien lire, écrire et compter. Elle a obtenu avec succès un CAP couture. Elle a commencé à travailler à l'âge de 17 ans à l'hôpital. Sa maman qui connaissait beaucoup de monde l'a présentée, ce qui lui a permis de décrocher ce travail. L'hôpital se situe en effet, en milieu rural où à cette époque "tout le monde se connaissait".

Bénéfice de la RQTH ?

Marie-Rose a été déclarée personne en situation de handicap par le service RH mais elle ne bénéficie pas d'aides personnelles au titre du FIPHFP car cela supposait une participation financière trop importante pour elle notamment pour l'obtention de matériel informatique adapté et elle n'a pas souhaité en bénéficier.

Aide DRH/ médecine du travail/ aménagement de poste ?

Marie-Rose ne dispose pas de poste spécialement aménagé. Le seul aménagement qui a été rendu nécessaire en termes de sécurité est la mise en place de voyants lumineux pour l'alarme incendie. Ces voyants disposés à différents endroits de la blanchisserie (y compris les toilettes) se déclenchent en même temps que l'alarme sonore. En outre, la responsable de service a pour consigne en cas d'incendie de se préoccuper de Marie-Rose en premier.

Relations avec l'équipe ?

Le soir au moment de quitter le travail, Marie-Rose n'est jamais seule, une collègue reste toujours avec elle et l'accompagne jusqu'à sa voiture. C'est seulement une fois que sa voiture a démarré, que la collègue rentre elle aussi. Marie-Rose est ainsi toujours accompagnée.

Perception par le cadre/ responsable de service ?

De manière générale, Marie-Rose est une personne qui travaille comme une personne sans handicap. *"Elle réalise un travail de couture très soignée et aide beaucoup à la production."*

La difficulté éprouvée aujourd'hui avec Marie-Rose tient plutôt à son vieillissement, elle n'a plus envie d'évoluer et a une grande peur du changement. *" Du fait qu'elle travaille depuis plus de 40 ans en blanchisserie, elle a connu à ses débuts un milieu très physique. Aujourd'hui, l'environnement est devenu plus complexe avec de nombreuses machines. Il peut ainsi y avoir un décalage dans la perception du danger car elle n'entend pas les signaux émis par les machines en cas de pannes ou autres. "*

Moyens de communication (interne/ externe) dans la structure ?

Marie-Rose a besoin de beaucoup de visuel, elle note tout, beaucoup de marquage...

Elle émet des sons, pas forcément distincts : elle a su développer son propre mode de communication. Elle utilise les moyens de communication modernes : envoi de mails et de textos pour prévenir en cas d'absence ou de maladies.

Par contre, elle n'entre pas en communication avec l'extérieur de la structure (ne prend pas d'appel téléphonique par exemple).

Leviers dans cette situation :

Marie-Rose a un fort besoin d'attention et de temps. Elle est très entourée par ses collègues : l'équipe est très soudée, très présente ; il y a une forte relation affective.

L'équipe est très stable, cela a été rendu possible par un « tuilage » fort entre la responsable précédente et l'actuelle qui a travaillé aux côtés de Marie-Rose pendant de nombreuses années et qui la connaissait bien avant de prendre ses fonctions de cadre. Une autre responsable ne la connaissant pas aurait peut-être été moins tolérante...

Rôle du cadre essentiel :

- Faire comprendre aux autres agents que cette personne a un handicap
- Faire comprendre à l'agent en situation de handicap que ce n'est pas une excuse car parfois elle en joue, elle aime bien, et a besoin d'être entourée.

Remarque du cadre : *« c'est moi qui l'ai accompagnée pour ses démarches retraite. Je me suis investie personnellement, bien plus que je ne l'aurais fait pour une personne valide. »*

ANNEXE 6 : Entretiens avec des médecins du service de santé au travail

Etablissement X Médecin du travail :

Je suis très investie autour de la question du recrutement, de l'intégration et du suivi des travailleurs handicapés et faisant face à des problématiques de santé. Je suis coordonnatrice d'une équipe de plusieurs médecins du travail, nous sommes trois pour un établissement de taille conséquente puisqu'il y a plus de 3000 agents en poste chez nous. Nous avons un taux d'emploi de personnes en situation de handicap qui se situe autour des 5%. Mais ce chiffre pourrait être augmenté car je constate qu'un bon nombre de personnes ont peur de la discrimination à laquelle ils craignent d'être exposés si leur situation était déclarée. Je travaille aussi avec une référente handicap, elle-même cadre de santé, avec laquelle nous avons une relation de collaboration que j'estime constructive. Mais elle est placée directement sous l'autorité du DRH que je n'ai pas réussi à convaincre de recruter un ergonome. Le DRH rencontre lui-même des difficultés à financer ce poste en situation d'enveloppe financière contrainte, le chef d'établissement a pour objectif de maintenir l'établissement dans un équilibre budgétaire très difficile à maîtriser.

Sans ergonome cela reste difficile de mettre en place des aménagements adaptés compte-tenu de la charge de travail du service de santé au travail. Donc nous faisons ce que nous pouvons avec les moyens qui sont les nôtres. Notre mission est large et nous veillons à faire de la proximité en nous déplaçant dans les services, y compris la nuit à tour de rôle. Nous tablons sur le dialogue direct avec les agents pour identifier les situations difficiles et les prévenir. Mais même en étant trois en poste, cela ne nous permet pas d'être efficaces sans les moyens adéquats. Dans notre établissement nous avons un système de contrôle externalisé car pour moi la confiance ne peut pas se construire si on nous octroie la double casquette, c'est une question de cohérence, nous sommes là pour aider les agents en difficulté à consolider leur parcours professionnel, mais les préconisations que nous faisons ne sont que des préconisations. Nous n'avons aucun impact sur la formation par exemple qui pourtant pourrait aider à la reconversion professionnelle lorsqu'elle est nécessaire. La politique menée est de reclasser, quand c'est possible les agents sur des postes d'accueil administratifs ou de secrétariats médicaux pour limiter les efforts physiques. Parfois cela fonctionne très bien, mais, le plus souvent, et particulièrement lorsqu'il s'agit de soignants n'ayant pas développé de compétences dans ces domaines, il y a un stress qui devient une souffrance lorsque l'adaptation au poste ne se fait pas. Ce mal-être se transforme en absentéisme. Dans ces situations, tout le monde y perd. Lorsque ce type de reclassement

est impossible faute de postes disponibles ou parce qu'il y a une réticence des équipes à les intégrer (réticences liées aux situations d'échecs précédentes pénalisant le fonctionnement) la politique est d'orienter ces personnes vers la commission de réforme pour aboutir à la mise en retraite anticipée. Mais dans les deux cas, il faut aussi une démarche volontaire de l'agent, et très souvent les situations s'enlissent très longtemps car ce n'est pas leur choix, c'est une solution par défaut.

Pour moi la solution passe par la volonté du chef d'établissement à faire changer ce système et par l'adhésion de toute l'équipe de direction. Nous sommes la première ressource dans le suivi du parcours professionnel parce que nous voyons tous les agents au moins une fois par an dans le cadre de notre mission de prévention. Nous connaissons leur situation médicale sur le plan psychique et physique et c'est à nous qu'ils se confient en cela, cette confiance ne peut être liée qu'à notre indépendance professionnelle et au secret auquel nous sommes liés. Nous avons l'expertise de ce domaine. Mais sans ergonomes, le relai qui est ensuite pris par la référente est un relai qui me paraît limité. Nous sommes motivés et dynamiques, mais il est vrai que malgré tous nos efforts notre culture et notre formation ne nous ont pas aguerris à la maîtrise des tableaux de bords, des suivis avec indicateurs etc. ...Or aujourd'hui c'est cela aussi qu'attend la direction de nous. Mais nous ne pouvons pas tout faire seuls, c'est un travail d'équipe. La perspective des GHT nous interroge. Je ne sais pas comment cela va se construire pour la médecine de santé au travail. Une mutualisation est sans doute envisagée mais aujourd'hui je ne sais pas comment nous allons réussir ce pari alors qu'il manque des médecins du travail un peu partout et que nous avons déjà des difficultés de coordination dans nos établissements respectifs. Il faut encourager les jeunes à choisir la médecine du travail, mais ce n'est pas un domaine très porteur malheureusement actuellement car à mon sens peu valorisé.

Etablissement Y : Médecin du travail

Je suis médecin du travail depuis 40 ans. Je suis seule en poste pour un établissement de 1000 agents. J'ai une infirmière qui assure aussi l'accueil et le suivi des dossiers. J'ai de très bonnes relations avec la direction, mais nous manquons de moyens et nos actions sont limitées alors que les agents défilent dans mon bureau pour nous confier leurs soucis, et ils sont nombreux. Ils ont besoin d'écoute et il m'arrive régulièrement de finir tard le soir pour permettre aux équipes de nuit de me rencontrer. Mais l'écoute suffit-elle ? Parfois je suis sans solutions et c'est système débrouille qui prévaut. L'intégration des personnes en situation de handicap dépend de notre évaluation de leurs besoins. Je les oriente vers la

MDPH pour faire établir la déclaration de RQTH. Mais parfois elles refusent de le faire. J'essaie de les persuader mais les mentalités sont difficiles à changer, c'est la crainte qui domine. J'ai des cadres de santé qui refusent de faire reconnaître leur handicap. Ces personnes prennent sur elles. Jusqu'au moment où ça craque. Pour elles, un cadre ne doit pas montrer de faiblesse au risque de perdre sa crédibilité. Donc je suis sur des accompagnements parfois très compliqués. De plus les aménagements financés par le FIPHFP sont très longs à obtenir et les démarches sont compliquées. Notre établissement n'a pas de conventionnement et je pense que cela se fera. Le souci c'est que notre établissement est assez lourdement déficitaire et nous n'avons pas les moyens de recruter un ergonome. Donc je fais à peu près tout. Mais j'ai bien conscience que l'efficacité est limitée. Je vais bientôt partir en retraite et je vous avoue que l'avenir ne me paraît pas favorable si rien n'est fait pour mieux soutenir nos actions. On a beau être motivés, moi ça fait 40 ans que je le suis, mais à la longue, ça finit par user.

Médecin du travail CHU (environ 15000 agents) :

Nous sommes un médecin par site, donc une équipe sectorisée par groupes d'agents. Nous sommes 6 et nous nous remplaçons pendant les congés. Dans notre établissement il y a un service de médecine agréée, mais les contrôles des absences sont externalisés. Je sais qu'il y a un référent handicap qui est un cadre administratif. Il travaille avec un adjoint administratif à qui il délègue la plupart des tâches liées à la prise en charges de personnes en situation de handicap. Je n'en sais pas tellement plus car nous ne travaillons pas en collaboration, lui dépend de la DRH. Je sais qu'il y a beaucoup de turn-over, il y a eu plusieurs changements de l'adjointe administrative ce qui a provoqué des ruptures dans le suivi des dossiers. Les agents attendent longtemps avant de voir les aménagements en place, plus d'un an parfois. D'un côté moi je les oriente vers la

MDPH pour qu'ils fassent une déclaration de RQTH, mais ensuite ça se complique pour eux, car dans certains cas les responsables se montrent hostiles à leur maintien en poste. Ils ne demandent même pas mon avis et déclarent que la personne est inapte. Lorsque je donne un avis contraire le conflit ne se résout pas et ma position est très difficile car je suis positionnée en situation d'arbitrage alors que je n'ai que peu de relations formelles avec les responsables en question, c'est la DRH qui doit régler ce genre de problèmes. Moi je fais des signalements mais je ne peux pas entrer dans les conflits. J'utilise bien sûr la voie informelle mais les personnes responsables sur les sites me tiennent un discours selon lequel l'agent exacerbe le problème et restent finalement dans le déni. On m'a rapporté

qu'une fois, un cadre responsable avait réuni toute l'équipe pour expliquer collectivement les raisons de l'allègement de tâches demandées par un agent en situation de handicap lié à une maladie chronique invalidante, dans le cadre d'un aménagement de poste. Il a exposé en détail la situation de santé de l'agent (non connue de l'équipe et sans son accord préalable) qui était présent et n'a rien osé dire par peur de représailles. Ce comportement n'est pas révélateur de la majorité des cadres mais peut se produire, plus à mon avis par maladresse ou par ignorance. C'est évidemment inacceptable. Il faut protéger les agents de ces dérives, mais c'est à la direction de former les cadres et de prendre des sanctions, moi je ne peux que le signaler. Je ne sais pas toujours comment aider les agents dans ces situations, sauf à produire un certificat d'aptitude et à en parler au Directeur de site ou au DRH. J'essaie d'aider les agents à prendre du recul ou j'essaie de les convaincre de changer de poste. C'est ce qui se produit le plus souvent mais le problème finit par se reproduire ailleurs plus ou moins à l'identique, parfois l'agent craque et s'absente en congé maladie. Certains vont jusqu'aux contentieux, selon moi, quand on en arrive à ce stade c'est une constatation d'échec pour nous tous.

ANNEXE 7 : Accompagnement professionnel personnalisé mis en place au sein d'un Conseil départemental

Dispositif mis en place en 2005 à partir de réflexions collectives

Est déployé auprès des 2000 agents du Pôle Solidarités, suite aux besoins exprimés des agents, à majorité de formation médico-sociale, administrative, cadre ou non cadre.

Se mobilise tout au long du parcours professionnel de l'agent dans l'institution.

- en prévention primaire : dispositif d'accueil des « nouveaux arrivants », modules d'intégration, à visée formative (ex : éthique et responsabilité, modules de protection de l'enfance...), groupes d'analyse de pratiques, entretiens individuels dans le cadre de l'accompagnement professionnel, accompagnement à la mobilité professionnelle (préparation au jury par exemple) accompagnement juridique
- en prévention secondaire : accompagnement de l'équipe et/ou de l'agent sur une problématique particulière, supervision collective
- en prévention tertiaire : accompagnement à la demande de l'agent lors d'un reclassement, un temps partiel thérapeutique, etc., débriefing psychologique immédiat pour tout agent victime d'un événement traumatique (agression...), avec réorientation rapide vers le médecin de prévention. Un suivi avec un thérapeute extérieur peut être mis en place.

L'agent peut solliciter ces services à tout moment.

Dispositif des Postes « Tremplin » :

Mis en place depuis 2008, permet de développer une vision parcours mobilité de l'agent à l'échelle du Pôle Solidarités

12 postes budgétisés dans les catégories A, B et C, pilotés par les RH

Durée moyenne sur ce poste tremplin : 2 ans

Critères d'entrée dans le dispositif Poste Tremplin :

- décision de reclassement prise
- existence d'un poste pérenne à terme

Facteurs de réussite identifiés :

- solide bilan de compétences en amont : adéquation du poste aux compétences de l'agent
- articulation entre les différents acteurs : RH, service d'accompagnement, service de santé au travail, cadres du service accueillant
- contrat formalisé entre l'agent, la RH, le cadre, et le service d'accompagnement, avec une définition claire des objectifs
- tutorat de l'agent
- accompagnement personnalisé de l'agent par ce service, mais aussi en amont, rencontre avec l'équipe et le cadre
- mobilisation de formations : l'agent est prioritaire pour accéder aux formations, dont le nombre n'est pas limité, en vue d'acquérir les compétences nécessaires

ANNEXE 8 : LE MODELE DE SHERBROOKE

Le modèle de Sherbrooke constitue une référence incontestable dans le domaine de la prévention de l'incapacité au travail.

Il s'agit d'une démarche québécoise qui allie les politiques de maintien dans l'emploi aux politiques de santé au travail. Elle permet, via le centre de recherche et de formation en prévention d'incapacité, le CAPRIT, une prise en charge précoce des salariés atteints de lombalgies dans le but de faciliter le retour du salarié dans son entreprise. Les caractéristiques essentielles du modèle de Sherbrooke sont d'identifier précocement les salariés risquant d'évoluer vers de la chronicité, voire du handicap, en associant systématiquement leur milieu habituel de travail pour favoriser le retour précoce au travail et le maintien dans l'emploi.

Le modèle de Sherbrooke a inspiré le développement de programmes de prévention du handicap dans plusieurs centres de réadaptation au Québec pour les salariés atteints de troubles musculo-squelettiques.

Ce processus novateur s'inscrit à travers plusieurs étapes qui permettent une intervention adaptée en fonction de la durée de l'arrêt de travail.

Dans le parcours de soins, la première phase dite "la phase aiguë", comprise entre une et quatre semaines, comprend uniquement des soins usuels.

La seconde phase, subaiguë, entre cinq et douze semaines, est la "porte d'entrée" du processus. Il convient pendant cette période, d'identifier les salariés à risque, susceptibles d'évoluer vers de la chronicité, et de l'incapacité, afin de prévenir des risques de désinsertion professionnelle. Un groupe de travail composé d'un ergonome extérieur à l'entreprise, un travailleur lombalgique, un représentant syndical et un superviseur établit un diagnostic à un stade précoce de l'évolution après six à huit semaines d'arrêt de travail. Cette ergonomie participative réalisée exclusivement dans le milieu du travail donne lieu si l'arrêt se poursuit à un enseignement auprès de l'école du dos de quatre semaines. Cette école du dos est proposée entre la neuvième et la douzième semaine d'arrêt de travail. Des informations sur le mal de dos, des séances d'éducation posturale ainsi que des séances d'éducation à la gestion de la douleur y sont délivrées.

La dernière phase, la plus préoccupante s'opère au-delà de trois mois d'arrêt de travail. Cette phase chronique associe une intervention de réadaptation mixte réalisée conjointement dans l'entreprise et le centre de réadaptation. Cette période de retour thérapeutique au travail n'est mise en œuvre que si le travailleur n' a pas encore repris son travail.

La supériorité du modèle de Sherbrooke a été démontrée à partir d'essais randomisés. Une évaluation économique à 6 ans de recul a justifié ces atouts en termes de cout bénéfice et cout efficacité pour l'Assurance Maladie. Il s'agit d'une des références les plus solides en matière de réadaptation au travail pour les personnes atteintes de lombalgies. Cependant, ce modèle implique un changement de paradigme où le problème n'est plus la lésion mais l'incapacité du travailleur à reprendre son travail. Le but de la prise en charge est le retour du travailleur à son emploi en prévenant toute incapacité. Le système social y est donc englobé. La situation du salarié est ainsi analysée au regard des interactions entre les facteurs environnementaux et les facteurs personnels. Le modèle de Sherbrooke vise à modifier l'environnement de travail de façon à le rendre plus adaptable aux caractéristiques de chaque salarié pris en charge.

Ainsi, le modèle de Sherbrooke se distingue par ses particularités. Il apparaît comme une innovation complexe en santé dont la mise en œuvre introduit un changement de cadre de référence. Il implique un paradigme de la prévention des incapacités avec une vision systémique des lombalgies en milieu de travail. Parallèlement, il met en avant le changement des pratiques cliniques avec l'intervention d'une ergonomie participative en milieu de travail ainsi que la collaboration interprofessionnelle en équipe multidisciplinaire. Ces différentes actions conduisent à un changement dans les organisations avec une collaboration inter-organisationnelle entre les professionnels du secteur social, de la santé et de l'entreprise. Il se présente par conséquent, comme un exemple du décloisonnement entre le système de soins, le système de protection sociale et les entreprises.

Thème n°14 animé par Mesdames Emmanuelle Fillion (professeure à l'EHESP en politiques du handicap) et Véronique Daubas-Letourneux (professeure à l'EHESP en santé travail) :

POLITIQUES D'EMPLOI DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET POLITIQUES DE SANTE AU TRAVAIL DANS LE SECTEUR SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL : QUELLES ARTICULATIONS?

BATTAJON Sylviane (DH), CASALIS Rémi (DH), GRIESMAYER Carole (D3S), HERVE Lucie (D3S), LOCATELLI Sébastien (AAH), PLAZA Murielle (DS), RASTOUIL Vanessa (DH), VANNIER Steven (AAH), VINCENT Claire (D3S)

Résumé :

Malgré une impulsion marquée par la loi du 11 février 2005, les problématiques en termes de santé au travail et des politiques d'emploi des personnes en situation de handicap apparaissent aujourd'hui encore trop cloisonnées, ce qui nuit à la qualité de vie au travail de ces personnes. Les établissements sanitaires et médico-sociaux sont particulièrement concernés, les facteurs de risque étant nombreux.

Afin de répondre à ce besoin de coordination à chaque étape du parcours professionnel (recrutement, maintien dans l'emploi, sortie de l'emploi), nous avons identifié différents éléments.

Il revient aux équipes de direction d'élaborer une stratégie globale, prenant en compte l'ensemble du parcours professionnel des personnes en situation de handicap. L'effet positif des politiques de prévention, donc de réduction des risques, ainsi que de communication autour de la situation et de la perception du handicap dans les établissements doit être souligné.

L'intégration sur le terrain des personnes en situation de handicap passe non seulement par un aménagement du poste de travail mais aussi par un souci de valorisation de la personne au sein de l'équipe. Ces deux aspects nécessitent une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire.

Mots clés : *Handicap, emploi, qualité de vie au travail, environnement professionnel, prévention, santé au travail*

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs

